



**Universidade de Aveiro**  
**2014**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
Departamento de Eletrónica, Telecomunicações  
e Informática  
Departamento de Línguas e Culturas

**Jossie Andreína  
Vieira de Nóbrega**

**O papel do Terapeuta da Fala nas alterações  
neurocognitivas em adultos**



**Universidade de Aveiro**  
**2014**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde  
Departamento de Eletrónica, Telecomunicações  
e Informática  
Departamento de Línguas e Culturas

**Jossie Andreína  
Vieira de Nóbrega**

## **O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Marisa Lobo Lousada, Professora Adjunta da Universidade de Aveiro e coorientação da Professora Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo, Professora Adjunta da Universidade de Aveiro.

*Dedico este trabalho aos meus pais por serem o meu incentivo e o meu abrigo.*

## **o júri**

Presidente

Professor Doutor António Joaquim da Silva Teixeira  
Professor Associado da Universidade de Aveiro

Vogais

Doutora Dina Paula Jorge Caetano Alves  
Professora Adjunta Convidada do Instituto Politécnico de Setúbal

Professora Doutora Marisa Lobo Lousada  
Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À professora Doutora Marisa Lousada e à Professora Doutora Daniela Figueiredo, pela excelente orientação, disponibilidade e apoio prestado ao longo deste trabalho.

A todos os Terapeutas da Fala que se disponibilizaram para colaborar neste estudo.

Às minhas “tê-é-fes” e ao meu conterrâneo, pela disponibilidade e colaboração na fase de pré-teste do questionário desenvolvido neste estudo.

Aos meus pais, pela paciência, pelas horas de motivação, incentivo e mimos, sempre que as forças se esgotaram.

Ao Joel, pela companhia e risadas nos momentos de maior tensão.

À Juliana, à Marisa e à Yenny, pelos salvamentos nos sábados de trabalho, pelas palavras de ânimo e o carregar de baterias.

À Joana e à Susana, pela luta partilhada, pelos mimos e as palavras sempre tão carregadas de boas energias.

À Katherine, pela sempre sintonia, apoio incansável, momentos de descontração e por estar sempre no momento certo.

À Catarina, pelas doses de boa disposição, pelo apoio mesmo longínquo, pelas palavras certas e por acreditar em mim.

Ao Rúben, pelo apoio, mimo, compreensão e paciência, por acreditar no resultado final e por estar sempre aqui.

## palavras-chave

Alterações Neurocognitivas, Demência, Terapeutas da Fala, Prática Clínica, Portugal

## resumo

As Alterações Neurocognitivas dizem respeito ao grupo de patologias em que os primeiros défices são verificados nas funções cognitivas. De entre estas alterações, salientam-se as alterações neurocognitivas *major* e *minor*, enquadrando-se a demência na primeira categoria. Esta é uma das principais causas de incapacidade na população adulta idosa, e está relacionada com um elevado número de patologias cerebrais subjacentes.

Este estudo tem como objetivo geral compreender a prática clínica dos terapeutas da fala junto de adultos com demência, em Portugal. Especificamente, pretende-se: identificar as necessidades de formação dos mesmos ao nível da avaliação e intervenção com pessoas com demência; analisar a sua experiência de intervenção com esta população; identificar as suas dificuldades; e compreender como se processa o referenciamento dos casos de demência para a Terapia da Fala.

Para tal, foi elaborado um instrumento de recolha de dados sob a forma de um questionário *online*, baseado na revisão da literatura. Este foi disponibilizado por *e-mail* e através da rede social Facebook. Participaram neste estudo um total de 230 terapeutas da fala que exercem funções em Portugal.

Os resultados obtidos demonstram que mais de 95% dos terapeutas inquiridos revelam ter necessidades no âmbito da demência, sobretudo no que toca à formação prática e académica e aos conhecimentos e competências de avaliação e intervenção. Por outro lado, apenas 35,5% refere trabalhar junto de população idosa (com mais de 65 anos). Cerca de 53% dos profissionais já intervieram ou intervêm atualmente junto de pessoas com demência, sendo que a maioria refere uma casuística de mais de três casos, predominantemente com doença de Alzheimer (80%). De entre os terapeutas que não intervêm a este nível, 74,5% refere como principal razão nunca ter surgido nenhum caso.

Concluiu-se que, em Portugal, é ainda reduzido o número de terapeutas da fala a intervir na área da demência, denotando-se falta de conhecimentos ao nível da avaliação e intervenção com esta população e pouca divulgação dos benefícios da sua atuação. Desta forma, o presente estudo enfatiza a necessidade de se incluírem conteúdos mais específicos na formação de base e pós graduada destes profissionais através de uma formação prática que também inclua a área da demência. Por outro lado, salienta-se a necessidade de uma maior divulgação das suas funções/atividades neste âmbito, de modo a garantir um referenciamento atempado por parte de outros profissionais de saúde e uma maior procura das pessoas com demência e seus cuidadores.

**keywords**

Neurocognitive Disorders, Dementia, Speech and Language Therapists, Clinical Practice, online questionnaire

**abstract**

Neurocognitive disorders refer to a group of diseases which primarily affects the cognitive functions. Among these disorders, the major and mild neurocognitive are highlighted, fitting to dementia in the first category. This is one of the main causes of disability in the older adult population and it is associated with a high number of underlying brain pathologies.

This study aimed to understand the general clinical practice of speech and language therapists with adults with dementia in Portugal. Specifically, it aims to: identify their training needs at the level of assessment and intervention with people with dementia; analyze their experience of intervention with this population; analyze their difficulties and understand how it handles the referencing of dementia cases for speech language therapy.

Data collection was conducted through an online questionnaire that was developed based on the literature review. This was made available by email and through social network Facebook. A total of 230 speech and language therapists practicing in Portugal have participated in the study.

The results evidenced that more than 95% of respondents report having needs of knowledge in the field of dementia, especially regarding the practical and academic training and knowledge and skills for assessment and intervention. On the other hand, only 35.5% report that are actually working with the elderly population (over 65 years). About 53% of the professionals have already intervened or are currently intervening with people with dementia, most of who refers to a series of more than three cases with predominantly Alzheimer's disease (80%). Among clinicians who don't intervene with people with dementia, 74.5% report as the main reason never have arisen any case of dementia.

It was concluded that, in Portugal, the number of speech and language therapists intervening in dementia is reduced, showing up the lack of knowledge to assess and intervene with this population, and little dissemination of the benefits of their actions. Thus, this study emphasizes the need to include more specific content in the basic training and postgraduate curricula of these professionals, through a practical training that also includes cases of dementia. On the other hand it points to the need for a wider dissemination of their functions/activities in this context, in order to ensure timely referral by other health professionals and greater demand of people with dementia and their carers.

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1. Motivações do estudo.....   | 1         |
| 1.2. Estrutura da dissertação.....   | 2         |
| <b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>  | <b>3</b>  |
| 2.1. O conceito de demência.....   | 3         |
| 2.2. Etiologia da demência .....   | 4         |
| 2.3. Sintomatologia mais frequente .....   | 5         |
| 2.4. Problemas associados à demência.....  | 7         |
| 2.5. Critérios e meios de diagnóstico .....  | 8         |
| 2.6. Diagnóstico diferencial da síndrome demencial.....                                | 9         |
| 2.7. Prática clínica do terapeuta da fala junto das pessoas com demência .....         | 11        |
| 2.8. A realidade portuguesa ao nível da atuação do terapeuta da fala.....              | 15        |
| <b>3. OBJETIVOS DO ESTUDO .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>4. MÉTODO .....</b>   | <b>18</b> |
| 4.1. Tipo de estudo .....  | 18        |
| 4.2. População e amostra.....  | 18        |
| 4.3. O questionário como instrumento de recolha de dados .....                         | 18        |
| 4.3.1. Desenvolvimento do questionário .....   | 19        |
| 4.3.2. Procedimentos de recolha de dados .....   | 21        |
| 4.4. Procedimentos de análise dos dados.....   | 22        |
| 4.5. Questões éticas na investigação.....  | 22        |
| <b>5. RESULTADOS .....</b>   | <b>23</b> |
| 5.1. Caracterização da amostra – Informação sociodemográfica .....                     | 23        |
| 5.1.1. Idade, género e estado civil.....   | 23        |
| 5.2. Formação académica.....   | 23        |
| 5.2.1. Bacharelato.....  | 23        |
| 5.2.2. Licenciatura.....   | 23        |
| 5.2.3. Mais habilitações académicas – mestrado e doutoramento .....                    | 24        |
| 5.3. Formação complementar na área da demência.....                                    | 24        |
| 5.3.1. Necessidades ao nível dos conhecimentos e competências na área da demência..... | 25        |
| 5.4. Situação profissional.....  | 25        |
| 5.4.1. Instituição de exercício profissional.....                                      | 26        |
| 5.4.2. Tempo de experiência profissional.....  | 26        |
| 5.4.3. Idade da população .....  | 27        |
| 5.4.4. Área de especialização.....   | 27        |
| 5.5. Intervenção na área da demência .....   | 28        |



|  |           |
|--|-----------|
| 5.5.1. Número de casos e tipos de demência .....   | 28        |
| 5.5.2. Referenciamento e encaminhamento.....   | 29        |
| 5.5.3. Colaboração dos terapeutas da fala junto da população com demência .....  | 29        |
| 5.5.4. Abordagem e tipo de intervenção.....  | 30        |
| 5.6. Razões para a ausência de intervenção na demência .....   | 30        |
| 5.7. Inclusão de unidades curriculares ou módulos relativos à demência na formação de base dos terapeutas da fala .....                          | 31        |
| 5.8. Funções/atividades que o terapeuta da fala pode desempenhar .....   | 31        |
| 5.9. Grau de confiança .....   | 32        |
| 5.10. Divulgação das potencialidades da atuação do terapeuta da fala nesta população .....   | 32        |
| <b>6. DISCUSSÃO.....</b>   | <b>33</b> |
| 6.1. Caracterização da amostra – Informação sociodemográfica .....   | 33        |
| 6.2. Formação académica .....  | 33        |
| 6.3. Formação complementar na área da demência.....  | 34        |
| 6.4. Situação profissional.....  | 35        |
| 6.5. Intervenção na área da demência .....   | 36        |
| 6.6. Razões para a ausência de intervenção na demência .....   | 39        |
| 6.7. Inclusão de unidades curriculares ou módulos relativos à demência na formação de base dos terapeutas da fala .....                          | 39        |
| 6.8. Funções/atividades que o terapeuta da fala pode desempenhar .....   | 39        |
| 6.9. Grau de confiança .....   | 40        |
| 6.10. Divulgação das potencialidades da atuação do terapeuta da fala nesta população .....   | 40        |
| 6.11. Limitações do estudo .....   | 41        |
| <b>7. CONCLUSÕES.....</b>  | <b>42</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>44</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>   | <b>48</b> |
| Apêndice 1 - Questionário desenvolvido para a recolha de dados .....   | 48        |
| Apêndice 2 - Visualização do questionário em formato <i>online</i> no Google Drive .....   | 56        |
| Apêndice 3 - <i>E-mail</i> enviado aos terapeutas da fala com o pedido de colaboração na fase de pré-teste.....                                  | 58        |
| Apêndice 4 - <i>E-mail</i> enviado aos terapeutas da fala com o pedido de colaboração no estudo ..   | 59        |
| Apêndice 5 - <i>E-mail</i> enviado à Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF) e à Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF) ..... | 60        |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>61</b> |
| Anexo 1 - Áreas, conteúdos e créditos (ECTS) que devem constar do 1º ciclo de formação do curso de Terapia da Fala.....                          | 61        |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Habilitações académicas dos terapeutas da fala .....   | 23 |
| Figura 2 - Percentagem de terapeutas com mais habilitações académicas para além do bacharelato/licenciatura ..... | 23 |
| Figura 3 - Percentagem de terapeutas da fala com bacharelato e licenciatura formados em cada instituição.....     | 24 |
| Figura 4 - Percentagem de terapeutas da fala que frequentou cada tipo de formação .....                           | 25 |
| Figura 5 - Percentagem de terapeutas da fala com cada uma das necessidades ao nível da temática da demência ..... | 25 |
| Figura 6 - Percentagem de terapeutas da fala a exercer em cada instituição .....                                  | 26 |
| Figura 7 - Tempo de experiência profissional .....  | 26 |
| Figura 8 - Faixa etária da população alvo de intervenção dos terapeutas da fala .....                             | 27 |
| Figura 9 - Percentagem de terapeutas da fala especializados em cada área.....                                     | 27 |
| Figura 10 - Percentagem de casos com demência em que os terapeutas da fala já intervieram ...                     | 28 |
| Figura 11 - Percentagem dos tipos de demência em que os terapeutas da fala já intervieram.....                    | 28 |
| Figura 12 - Razões apontadas para o encaminhamento para a Terapia da Fala .....                                   | 29 |
| Figura 13 - Tipo de colaboração que os terapeutas da fala têm junto da população com demência .....               | 30 |
| Figura 14 - Razões apontadas pelos terapeutas da fala para a ausência de intervenção na demência .....            | 31 |
| Figura 15 - Funções/Atividades que os terapeutas da fala consideram poder desempenhar na área da demência .....   | 31 |
| Figura 16 - Percentagem de terapeutas da fala que considerou cada grau de confiança .....                         | 32 |

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Ilustração 1 - Visualização do texto de apresentação do questionário <i>online</i> .....                         | 56 |
| Ilustração 2 - Consentimento informado no questionário <i>online</i> .....                                       | 56 |
| Ilustração 3 - Visualização da dimensão “Intervenção na área da demência” no questionário <i>online</i><br>..... | 57 |
| Ilustração 4 - Visualização da dimensão “Situação Profissional” no questionário <i>online</i> .....              | 57 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACSS - Associação Central dos Sistemas de Saúde

AN - Alterações Neurocognitivas

ASHA - American Speech-Language-Hearing Association

BCRS - Brief Cognitive Rating Scale

CAA - Comunicação Aumentativa e Alternativa

CDR - Clinical Dementia Rating

DA - Doença de Alzheimer

DCL - Demência por Corpos de Lewy

DFT - Demência Frontotemporal

DSM - 5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition

DV - Demência Vascular

ESSA - Escola Superior de Saúde do Alcoitão

ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz

ESSLei - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

ESSUA - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

ESSUALg - Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve

ESTSP - Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto

FCS - UFP - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

GDS - Global Deterioration Scale

ISAVE - Instituto Superior de Saúde do Alto Ave

IPS - ESS - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

MMSE - Mini-Mental State Examination

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCSLT - Royal College of Speech & Language Therapists

TDTs - Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

TF - Terapeuta da Fala

TFs - Terapeutas da Fala

UAt - Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica

UC - Unidade Curricular

UCs - Unidades Curriculares

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Motivações do estudo

As Alterações Neurocognitivas (AN) envolvem o grupo de patologias em que os primeiros défices são verificados nas funções cognitivas. Normalmente são alterações adquiridas, pelo que os défices não estão presentes desde o nascimento ou num período inicial de vida, representando o declínio de funções e aptidões adquiridas previamente (American Psychiatric Association, 2013). De entre estas alterações, salientam-se as alterações neurocognitivas *major* e *minor*, sendo que a demência é enquadrada na primeira categoria. Nestas, evidencia-se um declínio significativo numa ou em várias funções cognitivas (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceção e função motora ou conhecimento social), comparativamente a níveis anteriormente observados. Tais alterações podem interferir na capacidade do indivíduo para realizar as suas atividades de vida diária e no seu desempenho social e/ou profissional (American Psychiatric Association, 2013; Caramelli & Barbosa, 2002).

Para que a intervenção com os indivíduos portadores de demência seja adequada e individualizada é necessário que o diagnóstico seja ponderado e diferencial, especificando-se numa fase inicial a etiologia das alterações (American Psychiatric Association, 2013; Reis et al., 2006).

Ao longo do último século, tem-se vindo a verificar um abrandamento no ritmo de crescimento da população mundial, tendendo o seu número a estabilizar ou mesmo a decrescer. O aumento da esperança média de vida tem levado a que grande parte da população esteja envelhecida, sendo a população idosa significativamente superior à população jovem (Prince, Prina, & Guerchet, 2013). Segundo as estimativas, a prevalência da demência depende de diversos fatores, havendo, no entanto, a evidência de que esta sofre um aumento significativo com a idade. Estima-se, assim, que esta condição afete aproximadamente 2 a 10% dos indivíduos com idade superior a 65 anos; 15 a 20% dos indivíduos com idade superior a 75 anos e entre 25 a 50% dos indivíduos cuja idade excede os 85 anos (Rabins, Schneider, Tariot, & Anzia, 2007).

A intervenção junto da população com AN *major* passa por diferentes tipos de abordagens de entre as quais farmacológicas e não farmacológicas (comportamentais, baseadas nas emoções, na cognição ou na estimulação). Pela sua diversidade, requerem o envolvimento de uma equipa multidisciplinar composta por diversos profissionais: Médicos Neurologistas, Enfermeiros, Psicólogos, Terapeutas da Fala, entre outros (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b; Rabins et al., 2007).

Neste trabalho pretende-se enfatizar o papel do terapeuta da fala (TF) nas referidas equipas, no sentido de promover esta atuação na realidade portuguesa. O declínio ao nível da memória e das outras funções cognitivas dos indivíduos com demência, assim como os problemas comportamentais, afetam a sua capacidade para compreender e produzir informação linguística, comprometendo a comunicação. Por outro lado, as alterações cognitivas referidas podem igualmente implicar um elevado risco nos processos de alimentação e deglutição. Com o auxílio da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) e do Royal College of Speech & Language Therapists (RCSLT), tanto profissionais de saúde como cuidadores, têm vindo a reconhecer os benefícios do trabalho do TF no cuidado às pessoas com demência. Assim, este profissional pode identificar as pessoas em risco, avaliar as suas capacidades ao nível da comunicação e da deglutição, intervir com a pessoa e seus cuidadores, aconselhá-los, colaborar com os mesmos no planeamento de estratégias e auxiliar na educação da população em geral, para uma melhor compreensão desta problemática (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

A presente investigação tem como objetivo principal analisar a prática clínica dos terapeutas da fala (TFs) com pessoas com demência, em Portugal. Mais especificamente pretende-se identificar as necessidades de formação dos terapeutas da fala na avaliação e

intervenção de pessoas com demência, analisar a sua experiência de intervenção nesta área e compreender as dificuldades na atuação com esta população. De facto, não foram encontrados estudos sobre a atuação do TF junto de pessoas com demência em Portugal, nem a sua inclusão em equipas multidisciplinares que atuem junto destas.

## **1.2. Estrutura da dissertação**

O presente estudo contemplou diversas etapas que refletem a organização da dissertação. Este trabalho encontra-se organizado em duas partes. A primeira diz respeito à revisão da literatura, que permitiu justificar o estudo e concretizar a fase metodológica. Primeiramente são abordados conceitos relevantes à compreensão do tema subjacente, nomeadamente relacionados com a demência, a sua etiologia, sintomatologia mais comum, problemas relacionados com a própria síndrome e critérios de diagnóstico, focando-se também o diagnóstico diferencial. Posteriormente, a exposição da informação centra-se em conteúdos específicos da Terapia da Fala, como o papel do TF nesta área (ao nível da comunicação, linguagem e deglutição) e a realidade da sua atuação em Portugal. A segunda parte centra-se no estudo empírico, iniciando-se com a exposição dos objetivos gerais e específicos do presente estudo e dando realce à metodologia, resultados e discussão. Na metodologia são apresentados todos os procedimentos, nomeadamente os necessários à conceção de um instrumento específico para a recolha e análise de dados. A seguir, são descritos os resultados obtidos, decorrentes do desenvolvimento das diferentes etapas deste estudo. Posteriormente, procedeu-se à discussão dos resultados, tendo como suporte literatura relacionada e estudos efetuados anteriormente. Apresentam-se ainda as limitações do estudo. Finalmente, realiza-se uma síntese do trabalho desenvolvido, inclusive dos resultados mais relevantes, abrangendo-se igualmente perspectivas e necessidade de trabalhos futuros.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. O conceito de demência

O termo demência não descreve uma doença, mas uma síndrome cerebral orgânica crônica, cujas características principais incluem uma deterioração adquirida e progressiva da memória, funções cognitivas e emocionais, e alterações no comportamento e personalidade, para além de alterações no desempenho psicossocial. O grau de incapacidade das pessoas com demência aumenta com o agravamento dos défices cognitivos (Montaño & Ramos, 2005; Oliveira, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define esta síndrome como a diminuição progressiva da memória e da capacidade de ideação, suficientemente marcada para limitar as atividades de vida diária, que tenha surgido pelo menos há 6 meses e esteja associada a uma alteração em pelo menos uma das seguintes funções cognitivas: linguagem, cálculo, avaliação, alteração do pensamento abstrato, praxia, gnosia ou modificação da personalidade (World Health Organization, 2012a).

No *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* (DSM-5) o termo “demência” foi substituído por AN *Major*, não excluindo, no entanto, a sua utilização nos contextos clínicos ou familiares adaptados ao mesmo ou nos subtipos etiológicos desta síndrome, onde a palavra é comumente utilizada. Por comparação à quarta edição, esta nova reconhece ainda um nível mais ligeiro de alterações cognitivas, as AN *Minor*, as quais permitem efetuar o diagnóstico de síndromes menos incapacitantes, mas que podem vir a ser foco de cuidado e intervenção. O limite entre ambas baseia-se na evidência de que nas AN *Major* há um declínio significativo numa ou várias capacidades cognitivas (atenção complexa, função executiva, aprendizagem, memória, linguagem, percepção, função motora ou conhecimento social) comparativamente a níveis anteriores de funcionalidade, enquanto nas AN *Minor* apenas se verificam ligeiras alterações. Da mesma forma, os referidos défices afetam a capacidade dos indivíduos para realizar as atividades de vida diária nos casos de AN *Major*, contrariamente ao que se verifica nas AN *Minor* (American Psychiatric Association, 2013; Robillard, 2007).

A demência é uma das maiores causas de incapacidade no fim de vida. Está relacionada com um elevado número de patologias cerebrais subjacentes. As mais comuns são a doença de Alzheimer (DA), a demência vascular (DV), a demência por corpos de Lewy (DCL) e a demência frontotemporal (DFT). Existem, ainda, causas menos comuns e originárias de demências reversíveis, daí a importância de serem atempadamente detetadas, de modo a promover-se uma adequada intervenção médica, que nalguns casos pode estender-se a uma intervenção cirúrgica (Ferri, Sousa, Albanese, Ribeiro, & Honyashiki, 2009).

Normalmente procede-se ao diagnóstico de demência quando o declínio das capacidades cognitivas afeta a capacidade do indivíduo para executar as suas atividades de vida diária, incluindo as tarefas domésticas e a higiene pessoal (Ferri et al., 2009; Robillard, 2007).

Ao longo da evolução do quadro demencial, as pessoas com demência podem beneficiar de terapia farmacológica, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala ou outras (Alexander & Kramer, 2010).

Esta síndrome afeta maioritariamente pessoas idosas, sendo que de acordo com as estimativas entre 2 a 10% dos casos começam a apresentar sintomas após os 65 anos. Após esta idade, a prevalência duplica a cada cinco anos, originando um aumento exponencial com a idade e assumindo proporções epidémicas. Segundo a OMS, atualmente 35.6 milhões da população mundial padece de demência, verificando-se cerca de 7.7 milhões novos casos anualmente. Estima-se que este número duplique em 2030 e triplique em 2050 (Ferri et al., 2009; Montaño & Ramos, 2005; World Health Organization, 2012b).

Assim, a demência tem vindo a revelar-se um problema emergente de saúde pública entre a população idosa, não só pela sua elevada prevalência nesta faixa etária, mas por ser uma causa



relevante de incapacidade e mortalidade. Esta maior prevalência nos adultos idosos deve-se ao facto de grande parte das etiologias, incluindo a DA, estarem relacionadas com o avançar da idade. O número de indivíduos com DA tem duplicado desde 1980 e estima-se que continue a aumentar. Este facto relaciona-se com o expressivo aumento da esperança média de vida da população mundial, e consequente aumento de patologias crónico-degenerativas (American Speech-Language-Hearing Association, 2005a; Caramelli & Barbosa, 2002; Prince, Bryce, et al., 2013).

A identificação de casos que possuam elevado risco de evolução para uma síndrome demencial assume uma importância extrema, tendo em conta a maior efetividade dos tratamentos quando é efetuado um diagnóstico precoce (Montaño & Ramos, 2005).

## **2.2. Etiologia da demência**

São inúmeras as causas de demência, cujo diagnóstico específico depende do conhecimento das diferentes manifestações clínicas, do tempo de evolução, dos domínios afetados e de uma sequência específica e obrigatória de exames complementares. O início e subsequente decorrer do processo demencial depende da etiologia subjacente, sendo que esta é mais rapidamente determinada quanto mais perceptíveis forem os sintomas (American Psychiatric Association, 2013; Caramelli & Barbosa, 2002; Rabins et al., 2007).

A causa mais comum de demência é a DA, estimando-se que corresponda a cerca de dois terços dos casos, ou seja 50 a 75%. Esta é uma patologia neurodegenerativa multifatorial que se verifica normalmente em adultos após os 65 anos e cuja causa ainda não se encontra estabelecida, referindo-se a idade como o principal fator de risco. O seu início é insidioso e de progresso gradual, caracteriza-se essencialmente por alterações ao nível da memória de curto prazo e funções cognitivas em geral, com agravamento progressivo, lento e irreversível. À medida que a patologia evolui, os problemas acentuam-se, surgindo com frequência alterações comportamentais e sintomas neuropsiquiátricos (American Speech-Language-Hearing Association, 2005a; Coelho, Martins, Oliveira, Rocha, & Terrível, 2011; Rabins et al., 2007; Robillard, 2007).

A DV é a segunda causa mais comum de demência. No entanto, a sua prevalência varia com o seu subtipo: DV pura (5 a 20% dos casos) e demência mista (a grande maioria dos casos), que correspondente a DA com DV. Esta demência resulta de alterações cognitivas causadas por patologias cerebrovasculares, podendo referir-se aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas (como são os múltiplos infartos de vasos sanguíneos), acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos ou isquémicos, lesões focais em pontos estratégicos (tálamo, giro angular esquerdo ou núcleo caudado) e lesões na substância branca (doença de *Binswanger*). Os seus sintomas dependem maioritariamente da causa e localização do acometimento cerebral, no entanto, tem-se vindo a demonstrar que indivíduos com DV apresentam taxas mais elevadas de depressão e alterações funcionais, contrariamente às cognitivas. De entre os fatores de risco para a DV salientam-se: idade, hipertensão arterial, diabetes, tabagismo e patologias cérebro e cardiovasculares (Caramelli & Barbosa, 2002; Chaves, 2000; Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005; Rabins et al., 2007).

A DCL é a terceira causa mais frequente de demência, correspondendo a cerca de 20% dos casos. Os corpos de Lewy são estruturas proteicas intracitoplasmáticas que se alojam normalmente no córtex cerebral e tronco encefálico. A DCL caracteriza-se clinicamente por flutuação das alterações cognitivas no espaço de minutos ou horas, alucinações visuais detalhadas e recorrentes e sintomas parkinsonianos, principalmente bradicinesia, rigidez e hipomimia. Indivíduos com este quadro demencial apresentam episódios frequentes de quedas ou síncope, sendo este de rápido início e declínio progressivo. Salientam-se igualmente os défices nas funções executivas, na capacidade de resolução de problemas, na fluência verbal e

performance audiovisual, havendo, no entanto, relativa preservação da memória (Caramelli & Barbosa, 2002; Neto et al., 2005; Rabins et al., 2007).

Para além das referidas, a DFT é igualmente um dos subtipos mais frequentes, tendo um início insidioso e um declínio gradual. É considerada uma síndrome neuropsicológica associada à disfunção ou atrofia dos lobos frontais e temporais e preservação das regiões cerebrais posteriores. Estima-se que corresponda a cerca de 10 a 15% dos casos de demência, apresentando um quadro clínico característico com alterações de personalidade e comportamentais (apatia, desinibição, impulsividade, irritabilidade, desajustamento social) e alterações da linguagem (redução da fluência verbal, estereotipias verbais e motoras e ecolalia), mantendo-se a memória e as capacidades visuo-espaciais relativamente preservadas (Caramelli & Barbosa, 2002; Neto et al., 2005; Rabins et al., 2007).

Entre as causas menos comuns encontram-se a doença de Parkinson, a doença de Creutzfeldt-Jakob, a paralisia supranuclear progressiva, a doença de Huntington e a doença de Wilson. As patologias mencionadas são irreversíveis, no entanto, a demência pode ser associada a condições potencialmente reversíveis como infeções (HIV, sífilis), lesões estruturais (tumores cerebrais, hematomas ou pressão hidrocefálica), traumatismos crânio-encefálicos, patologias endócrinas (hipotireoidismo, hipercalcemia ou hipoglicemia), carências nutricionais, depressão e toxicidade por efeito de drogas ou efeito da utilização de medicamentos específicos. A reversibilidade destes subtipos demenciais está dependente da patologia subjacente e da possibilidade de aplicação atempada de uma intervenção adequada e eficaz (American Psychiatric Association, 2013; American Speech-Language-Hearing Association, 2005b; National Collaborating Centre for Mental Health & Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit, 2011; Rabins et al., 2007).

### **2.3. Sintomatologia mais frequente**

A demência inclui uma série de défices cognitivos, que normalmente envolvem diminuição da memória e pelo menos um dos seguintes fenómenos: afasia, apraxia, agnosia ou distúrbios nas funções executivas, as quais dizem respeito à capacidade de pensamento abstrato e de planeamento, iniciação, sequência, monitorização e pausa de movimentos complexos. O início dos sintomas e a sua proeminência estão associados à patologia subjacente à demência (Caramelli & Barbosa, 2002; Rabins et al., 2007; Robillard, 2007).

As alterações ao nível da memória são normalmente o sintoma mais precoce e proeminente, sobretudo no que diz respeito à memória de curto prazo. Por esta razão, indivíduos com demência têm dificuldade em adquirir novos conteúdos, levando frequentemente a episódios de perda de objetos de valor, como carteiras ou chaves, e a esquecimentos relacionados com as atividades de vida diária (comida no fogão, água a correr). Em casos mais graves, estes são capazes de esquecer material previamente aprendido, como nomes próprios de pessoas próximas e tarefas de orientação espacial, como itinerários e movimentar-se dentro da própria casa. Na maioria dos casos o próprio indivíduo não tem noção dos perigos a que está exposto, subestimando os riscos e planeando atividades para as quais não está apto, como cozinhar, conduzir, sair de casa sem acompanhamento, entre outras (Rabins et al., 2007).

Para além dos sintomas gerais referidos anteriormente, alguns indivíduos com demência podem apresentar uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos os quais incluem comportamentos desinibidos, brincadeiras inapropriadas, negligência da higiene pessoal, familiaridade imprópria com estranhos ou desprezo por regras convencionais de conduta social. Podem ainda apresentar apatia, desmotivação e sentimento de estranheza perante os outros. Para além destes, nalguns casos pode verificar-se um estado depressivo, com ou sem mudanças neurovegetativas, as quais dizem respeito a alterações do ciclo do sono e ansiedade. Verifica-se ainda, menos frequentemente, uma reação exagerada ou catastrófica a fatores promotores de *stress*, como alterações na rotina ou no meio envolvente. Os delírios ou alucinações, sobretudo

visuais são também comuns nesta categoria de sintomas, no entanto, a maioria dos indivíduos apresenta um período em que o pico de agitação ou de distúrbios comportamentais é superior, normalmente à noite (American Psychiatric Association, 2013; Rabins et al., 2007).

Casos de demência ligeira ou AN *Minor* são passíveis da ocorrência de comportamentos suicidas, pois indivíduos nesta condição têm consciência das suas alterações cognitivas e comportamentais, sendo capazes de planejar ações complexas (Rabins et al., 2007).

Os sintomas neurológicos podem igualmente acompanhar um quadro de demência como as dificuldades na marcha, disartria, disfagia com episódios de asfixia ou aspiração, incontinência urinária e fecal, convulsões, tremores e outros sintomas menos comuns (Rabins et al., 2007).

A natureza e grau das alterações decorrentes da demência são variáveis e normalmente dependem da personalidade do indivíduo, do seu estilo de vida e saúde física, do ambiente social a que está habitualmente exposto, assim como das suas relações mais significativas (Ferri et al., 2009; Rabins et al., 2007).

É comum definirem-se três grandes fases demenciais, de modo a facilitar a compreensão da síndrome e distribuir os sintomas mais proeminentes em cada uma:

#### **Fase inicial** (Ferri et al., 2009; World Health Organization, 2012a)

Normalmente esta fase passa despercebida, porque grande parte das pessoas mais próximas dos indivíduos com demência julgam os sintomas característicos da mesma, como alterações normais decorrentes do processo de envelhecimento. Por outro lado, e considerando que o início do processo demencial ocorre normalmente de forma gradual, é difícil definir com exatidão quando se dá. Os sintomas característicos desta fase incluem:

- Perda de memória significativa (sobretudo esquecimento de acontecimentos recentes);
- Perda de noção temporal (localização do dia e mês em questão);
- Sensação de estar perdido em lugares familiares;
- Dificuldade em utilizar corretamente a linguagem;
- Dificuldade em tomar decisões;
- Inatividade e desmotivação;
- Alterações de humor, estado depressivo e ansiedade;
- Reações agressivas;
- Perda de interesse em atividades diárias e de lazer.

#### **Fase intermédia** (American Psychiatric Association, 2013; Ferri et al., 2009; World Health Organization, 2012a)

À medida que a síndrome progride, os sinais e sintomas tornam-se mais evidentes e específicos, pelo que os indivíduos começam a apresentar dificuldades em efetuar as suas atividades de vida diária de forma independente. De entre os principais sintomas, salientam-se:

- Esquecimento de acontecimentos recentes e nomes próprios de familiares e amigos;
- Incapacidade para viver só, cozinhar, limpar ou ir às compras;
- Dependência de familiares e cuidadores;
- Sensação de estar perdido na própria residência;
- Dificuldades crescentes na capacidade de comunicação (sobretudo na fala);
- Necessidade de ajuda na higiene pessoal;
- Alterações comportamentais como devaneios, alucinações, repetição de questões, gritos;
- Alterações do ciclo do sono (insónias, hipersónias ou alteração do ritmo circadiano);

#### **Fase tardia** (Coelho et al., 2011; Ferri et al., 2009; World Health Organization, 2012a)

Esta última fase é a mais próxima de um estado total de dependência e inatividade. As alterações de memória são cada vez mais severas e a afeção física da síndrome torna-se mais evidente. Entre as alterações mais marcadas, encontram-se:

- Dificuldades na alimentação (disfagia, agnosia visual);
- Incapacidade para comunicar;
- Incapacidade em reconhecer as pessoas próximas e os objetos pessoais e familiares;
- Dificuldade em compreender as ações que ocorrem no meio ambiente ou a informação que chega por via visual ou auditiva;
- Ausência de qualquer noção espacial ou temporal;
- Dificuldade na marcha (utilização de cadeira de rodas ou necessidade de dependência a uma cama);
- Incontinência urinária e fecal;
- Comportamento desajustado em locais públicos;
- Comportamentos ofensivos e agressivos relativamente aos cuidadores.

#### **2.4. Problemas associados à demência**

Estudos de correlação clínico-patológica têm vindo a comparar o diagnóstico do subtipo de demência em vida e as evidências patológicas no tecido cerebral *post-mortem*. Estes indicam que as demências mistas, ou seja, com mais do que uma causa, são mais comuns do que as puras. Tal se evidencia sobretudo nos casos em que a DA está presente, a qual normalmente faz-se acompanhar de DV ou DCL. Este facto tende a dificultar o diagnóstico de ambos os quadros demenciais. Por outro lado, alguns subtipos menos comuns de demência, assim como a DFT, doença de Creutzfeldt-Jakob e doença de Huntington tendem a ser mal diagnosticadas como DA (Caramelli & Barbosa, 2002; Ferri et al., 2009).

Um outro fator que tende a complicar o diagnóstico da demência é o facto de que muitos indivíduos com DA não apresentam sinais de demência. Isto deve-se às mudanças subjacentes à patologia, as quais só se desenvolvem após um período de cerca de 20 a 30 anos após o início dos sintomas. As autópsias indicam que os primeiros sinais ao nível cerebral surgem por volta dos 50 anos na base do cérebro (Ferri et al., 2009).

Para além dos problemas gerais relacionados com o diagnóstico, todos os quadros demenciais implicam uma elevada sobrecarga não só para os indivíduos que deles padecem, mas para os seus cuidadores, familiares e amigos. A tarefa de cuidar recai normalmente sobre o familiar mais próximo, levando a um enorme desgaste emocional, físico e económico, o qual na maioria das vezes resulta em níveis de *stress* e ansiedade elevados com a consequente necessidade de suporte social e financeiro (Coelho et al., 2011; World Health Organization, 2012a).

A falta de consciencialização e compreensão relativamente a esta problemática na maioria dos países, sobretudo naqueles menos desenvolvidos, resulta em estigmatização, barreiras ao diagnóstico e aos cuidados essenciais. Isto porque as alterações comportamentais que advêm da demência são julgadas erradamente como premeditadas ou vistas como um processo normal do envelhecimento. Desta forma salienta-se a necessidade de consciencializar a população em geral acerca da síndrome, preparar adequadamente todos os profissionais e restantes intervenientes dos serviços prestadores de saúde para intervir e fornecer todos os cuidados a estas pessoas, e principalmente criar meios legislativos de suporte internacionalmente reconhecidos para assegurar a melhor qualidade de vida às pessoas com demência e seus cuidadores (Ferri et al., 2009; World Health Organization, 2012a).

## 2.5. Critérios e meios de diagnóstico

De modo geral, o diagnóstico de demência exige a ocorrência de comprometimento ao nível de uma ou mais funções cognitivas, não ocorrendo na presença de delírio ou explicado pela presença de alguma outra alteração mental. De entre estas funções salienta-se a memória, embora esta possa estar relativamente preservada na fase inicial de algumas variações da síndrome, como é o caso da DFT. Deve considerar-se, igualmente, haver um declínio de capacidades previamente adquiridas, referido pelos cuidadores ou profissionais de saúde, os quais devem documentar as incapacidades da pessoa através de avaliações clínicas específicas. Por outro lado, os sintomas devem ser tão acentuados que afetem a capacidade do indivíduo para efetuar as suas atividades da vida diária quer instrumentais ou básicas, as suas relações sociais e vida profissional (American Psychiatric Association, 2013; Caramelli & Barbosa, 2002; Rabins et al., 2007).

De modo a efetuar-se o diagnóstico sindrómico do quadro demencial é requerida uma avaliação clínica cuidada, na qual os testes laboratoriais e de neuroimagem têm uma função de apoio. Esta avaliação inicia-se normalmente com a realização de uma anamnese detalhada para obter a história clínica da pessoa. Por outro lado, deve ser realizada uma avaliação cognitiva, sendo útil para concluir acerca da condição geral da pessoa e permitindo ao clínico obter informações que facilitem o diagnóstico etiológico do quadro demencial e a escolha da terapêutica de intervenção e reabilitação mais adequada a cada caso. Esta avaliação pode ser iniciada com testes de rastreio, como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), e complementada com testes mais específicos (Caramelli & Barbosa, 2002; Reis et al., 2006; Rockwood, Bouchard, Camicioli, & Léger, 2007).

O MMSE é um dos instrumentos mais amplamente utilizados e destina-se a avaliar as capacidades cognitivas. É de rápida aplicação (cerca de 10 minutos) e a pontuação obtida por cada indivíduo indica o grau de comprometimento das alterações cognitivas que possui. O MMSE inclui itens referentes às categorias de orientação espacial e temporal, identificação pessoal, memória, cálculo e atenção, nomeação, repetição, compreensão, leitura, escrita e desenho (O. Almeida, 1999; Copeland, Abou-Saleh, & Blazer, 2002).

O desempenho em atividades de vida diária é também um aspeto primordial para o diagnóstico sindrómico, podendo ser avaliado por escalas ou questionários de avaliação funcional aplicados aos cuidadores da pessoa com demência (Caramelli & Barbosa, 2002).

Apesar de todas as ferramentas para se concluir acerca do diagnóstico de um quadro demencial, só poderiam ser efetuados diagnósticos definitivos perante a análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem (Neto et al., 2005).

Normalmente as fases e grau de severidade das demências progressivas são determinados globalmente após o diagnóstico sindrómico das mesmas, através do nível cognitivo e de comprometimento das funções gerais do indivíduo. No entanto, para os outros tipos de demência, existe alguma dificuldade em proceder a esta categorização (Rabins et al., 2007).

Os especialistas recorrem normalmente a entrevistas semiestruturadas através de instrumentos como a *Clinical Dementia Rating* (CDR), a *Global Deterioration Scale* (GDS) e a *Brief Cognitive Rating Scale* (BCRS), os quais incorporam uma avaliação neurológica, podendo-se também usar para o efeito outros instrumentos como o *Behavioral Neurology Assessment* (Rockwood et al., 2007).

A CDR é uma escala desenvolvida por Hughes et al em 1982, comumente utilizada para classificar a prevalência dos diversos graus de demência, para além de identificar os casos questionáveis, ou seja, que não se enquadram na normalidade. De entre estes casos salientam-se aqueles cujo declínio cognitivo está associado ao envelhecimento ou que possuem alterações cognitivas *minor*. Esta escala avalia o comportamento e as capacidades cognitivas do indivíduo, assim como a sua influência na realização de atividades da vida diária, em cinco fases através de

seis categorias: memória, orientação, julgamento ou resolução de problemas, relações sociais, atividades da vida diária e cuidados pessoais. A vantagem é que utiliza como termo de comparação o desempenho prévio do indivíduo nas mesmas atividades (Montaño & Ramos, 2005; Rabins et al., 2007).

A GDS, desenvolvida por Reisberg em 1982, é capaz de determinar sete fases demenciais reconhecidas clinicamente, desde a normalidade até à fase demencial mais severa. Esta escala é mais detalhada e específica que a CDR, incluindo mais duas fases. Numa dessas, a número dois, verificam-se queixas ligeiras, as quais ocorrem frequentemente em pessoas idosas. Esta fase tem sido indicada como tendo uma elevada importância, pois indivíduos pertencentes à mesma têm um elevado risco de vir a padecer de demência. A fase número sete evidencia a necessidade do indivíduo com demência possuir um cuidador a tempo inteiro, pelo seu elevado grau de dependência (Alexander & Kramer, 2010; Copeland et al., 2002).

A BCRS permite determinar a fase demencial a partir de cinco itens: concentração, memória de curto prazo, memória de longo prazo, orientação e funcionalidade física ou cuidados pessoais. É ideal para utentes que têm uma capacidade de cooperação e atenção variáveis, sobretudo quando não é possível aplicar outros testes psicométricos (Alexander & Kramer, 2010).

Para além da determinação global das diversas fases do processo demencial, pode proceder-se a uma determinação mais específica. Para tal, existem outros instrumentos, como o *Functional Assessment Staging Tool* (FAST). O FAST é um instrumento de observação desenvolvido em 1986 por Reisberg, através do qual o avaliador confere todas as descrições que correspondem ao estado de funcionalidade geral atual do utente. Permite determinar a partir de sete possíveis, a fase demencial, inclusive em demências não progressivas (Alexander & Kramer, 2010; Almeida, 1999; Copeland et al., 2002).

## 2.6. Diagnóstico diferencial da síndrome demencial

Após o diagnóstico da presença de uma síndrome demencial, deve proceder-se ao reconhecimento das causas específicas que levam ao seu aparecimento, através de critérios clínicos que identifiquem os diversos perfis neuropsicológicos. Este reconhecimento baseia-se em exames laboratoriais e de neuroimagem, embora estudos recentes tenham vindo a salientar a importância da identificação de marcadores biológicos. Os primeiros incluem o hemograma, as provas de função tiroideana, hepática e renal, as transaminases hepáticas, as reações sorológicas para sífilis e o nível da vitamina B12, os quais permitem identificar diversas causas reversíveis de demência ou detetar patologias associadas. Por outro lado, os exames de neuroimagem, sobretudo estrutural (tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM)) podem evidenciar alterações vasculares que apontem para o diagnóstico de DV ou demência mista (DV com DA) ou outras alterações estruturais (tumores, hematomas ou hidrocefalia). Os marcadores biológicos encontram-se sob investigação, com o objetivo de melhorar o conhecimento do diagnóstico e prognóstico dos quadros demenciais, salientando-se proteínas como a tau e a beta amiloide presentes no fluido cérebrospinal e no plasma (Caramelli & Barbosa, 2002; Rabins et al., 2007; Robillard, 2007).

Os critérios de diagnóstico para os principais tipos de demência podem resumir-se da seguinte forma:

**DA** (American Psychiatric Association, 2013; Neto et al., 2005)

- Início insidioso, entre os 40 e os 90 anos (mais provável após os 65);
- Défice em duas ou mais funções cognitivas;
- Evidências de alterações genéticas na história familiar ou através de testes genéticos, que possam ser a causa da doença;
- Declínio gradual e progressivo da memória, aprendizagem e outras funções cognitivas;

- Ausência de alterações na consciência;
- Deterioração progressiva de funções específicas como a linguagem, função motora e percepção, levando a quadros de afasia, apraxia e agnosia respectivamente;
- Exames laboratoriais e de neuroimagem compatíveis (TC revelando atrofia cerebral);
- Ausência de outras patologias (cerebrovasculares ou neurodegenerativas) e outras condições que só por si possam explicar as alterações verificadas.

**DV** (American Psychiatric Association, 2013; Neto et al., 2005)

- O início dos sintomas ocorre em simultâneo ou pouco tempo após um ou mais episódios de patologia cerebrovascular;
- Declínio abrupto das funções cognitivas;
- Maior evidência de declínio na capacidade de atenção complexa (incluindo no processamento da fala) e nas funções executivas;
- Exame neurológico com evidência de doença cerebrovascular (hemiparesia, hipotonia facial, disartrias ou outros sinais);
- Exame de neuroimagem com evidência de doença cerebrovascular;
- Ausência de outras patologias (cerebrais ou neurodegenerativas) e outras condições que só por si possam explicar as alterações verificadas.

**DCL** (American Psychiatric Association, 2013; Neto et al., 2005)

- Início insidioso;
- Declínio progressivo e gradual das capacidades cognitivas;
- Capacidades cognitivas oscilantes com variação acentuada da capacidade de atenção e estado de alerta;
- Alucinações visuais recorrentes, tipicamente bem formadas e detalhadas;
- Características motoras espontâneas de parkinsonismo, com início subsequente à deterioração das funções cognitivas;
- Quedas, síncope, perda transitória de consciência;
- Possível sensibilidade a neurolépticos;
- Ausência de outras patologias (cerebrovasculares ou neurodegenerativas) e outras condições que só por si possam explicar as alterações verificadas.

**DFT** (American Psychiatric Association, 2013; Neto et al., 2005)

- Início insidioso e lenta progressão dos sintomas;
- Distúrbios do comportamento que podem incluir desinibição, apatia, perseverança ou estereotipias (bater palmas, cantar, dançar), hiperoralidade ou alterações nos hábitos alimentares (excessos, consumo excessivo de álcool ou tabaco);
- Perda precoce dos hábitos de higiene pessoal;
- Perda precoce da consciência social;
- Alterações na linguagem sobretudo na produção de discurso (diminuição da capacidade de nomeação), dificuldade na compreensão, fala estereotipada (repetição de palavras), ecolalia e perseveração, mutismo tardio;
- Evidência de alterações genéticas que possam estar na origem das alterações, por história familiar ou testes genéticos;
- Exames de neuroimagem com evidência de anomalias nos lobos frontal e/ou temporal;
- Exame neuropsicológico gravemente alterado;
- Ausência de outras patologias (cerebrovasculares ou neurodegenerativas) e outras condições que só por si possam explicar as alterações verificadas.

Para além de definir o tipo de demência, um diagnóstico diferencial tem como objetivo excluir alterações cognitivas como o delírio, a depressão, perturbações específicas de aprendizagem e neurodesenvolvimentais e a própria ausência de qualquer alteração cognitiva (American Psychiatric Association, 2013; Rockwood et al., 2007).

As alterações de memória decorrentes da idade são pouco significativas e raramente associadas a depressão ou ao comprometimento de outras funções superiores. Este tipo de alterações ocorre tanto na demência como nos casos de delírio, no entanto, estes últimos diferenciam-se dos quadros demenciais sobretudo pelo início agudo e ocorrência num período de tempo limitado. Por outro lado, na presença de delírio, os défices cognitivos são variáveis e o nível de consciência é reduzido, o que não se verifica na demência, pois os défices mantêm-se estáveis ou vão progressivamente reduzindo e a consciência mantém-se num nível elevado (American Psychiatric Association, 2013; Rabins et al., 2007).

As depressões profundas são um importante elemento para efetuar o diagnóstico diferencial ao nível das alterações de memória, sobretudo em pessoas idosas. Nestas, as depressões apresentam-se sob a forma de dificuldades na memória, na concentração e uma redução das capacidades intelectuais (Rabins et al., 2007).

Demência e depressão são os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns na faixa etária referida, estimando-se que o primeiro afete cerca de 5% dos idosos com mais de 65 anos, entre 15 a 20% dos idosos com mais de 75 anos e cerca de 25 a 50% daqueles com idade superior a 85 anos. O diagnóstico diferencial entre demência e depressão é normalmente difícil e nem sempre excludente, o que evidencia a necessidade de utilizar instrumentos que permitam, através da avaliação do estado cognitivo, distinguir exatamente as condições de cada uma. O que acontece frequentemente é que as condições estão associadas, ou seja, verificarem-se sintomas depressivos como forma de apresentação de um transtorno cognitivo, como na doença de Alzheimer. Na maioria dos casos, os psiquiatras são os profissionais mais aptos para efetuar o diagnóstico de depressão e os neurologistas encarregam-se das alterações cognitivas da população idosa. A depressão e as demências progressivas distinguem-se essencialmente com base numa avaliação do início e curso dos sintomas depressivos e cognitivos. No entanto, é importante verificar a resposta dos sintomas cognitivos ao tratamento da depressão (Rabins et al., 2007; Reis et al., 2006).

Existem ainda outras patologias, embora menos referenciadas, que podem influenciar o diagnóstico de demência, como a amnésia e o atraso mental. A primeira é caracterizada por uma redução na memória sem outras alterações cognitivas significativas. O atraso mental tem o seu início antes dos 18 anos, caracterizando-se por um nível de funcionamento intelectual geral abaixo da média, na ausência de alterações da memória. A esquizofrenia é outra patologia que pode ser associada a múltiplas alterações cognitivas e a um declínio das funções globais, cujo indício é um quadro de sintomas psicóticos e comportamentais, que se sobrepõem às alterações ao nível da cognição (Rabins et al., 2007).

## **2.7. Prática clínica do terapeuta da fala junto das pessoas com demência**

Em Setembro de 2001, foi emitido um Memorando afirmando o direito do acesso às terapias a pessoas com demência causada por DA ou outras etiologias. Durante o curso da doença, as pessoas com demência devem poder beneficiar de diversas terapias, no sentido de usufruírem dos cuidados e serviços necessários para alcançarem o máximo bem-estar físico, mental e psicossocial. De entre as terapias destacam-se a farmacológica, a Terapia Ocupacional, a Fisioterapia e a Terapia da Fala (Alexander & Kramer, 2010).

Relativamente à terapia da fala, e mais recentemente, têm surgido descrições que evidenciam a sua relevância no processo da demência. Neste sentido, a ASHA tem vindo a estabelecer e confirmar a posição dos TFs como profissionais que desempenham um papel primário e essencial no rastreio, avaliação, diagnóstico, intervenção e investigação ao nível das



alterações cognitivas da comunicação, inclusive as que estão associadas à demência. Para além das perturbações da comunicação, alterações relacionadas com a deglutição são também alvo da intervenção destes profissionais (American Speech-Language-Hearing Association, 2005a).

As perturbações comunicativas acabam por surgir na sequência do declínio na memória e outras funções cognitivas, assim como da própria neuropatologia da demência, afetando a capacidade do indivíduo para compreender e produzir informação linguística. Na fase inicial da doença é comum os indivíduos perderem o tópico de conversação, repetirem-se frequentemente (tópicos de conversa e questões), terem dificuldade em estabelecer o *turn-taking* e esquecerem o que pretendem dizer, resultando em frases fragmentadas. No decorrer do processo demencial o *output* verbal torna-se cada vez mais reduzido e carente em conteúdo, a capacidade de expressão torna-se menos eficiente e a expressão não-verbal é reduzida. A inteligibilidade do discurso é igualmente reduzida, evidenciando-se a presença de disartria ou apraxia. Nos estádios mais avançados da demência, a memória semântica e o conhecimento conceitual são mais afetados. O indivíduo com demência vê as suas capacidades de nomeação, descrição, escrita, conversação e compreensão verbal gravemente comprometidas, sendo, nalguns casos, apenas capaz de transmitir as suas necessidades básicas (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

As dificuldades de comunicação referidas anteriormente evidenciam-se em qualquer contexto onde a pessoa com demência se encontre, levando a uma redução do acesso a atividades recreativas, oportunidades de emprego, integração social, estabelecimento de relações sociais e expressão pessoal, afetando negativamente a sua autoestima e qualidade de vida (Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

As alterações neurológicas e cognitivas decorrentes dos quadros demenciais implicam um elevado risco para a alimentação e deglutição. Diversos estudos têm vindo a salientar a presença de disfagia com crescente risco de aspiração e consequentes pneumonias e défices nutricionais, podendo, nalguns casos, conduzir à morte, por malnutrição, asfixia e aspiração (Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

Estima-se que o rápido crescimento da população idosa e portadora de demência leve a um aumento da procura de cuidados profissionais de saúde mais especializados, como os que são prestados pelos TFs, levando os indivíduos e prestadores de cuidados a interessar-se cada vez mais e a procurar soluções para as alterações que impedem uma eficaz comunicação (American Speech-Language-Hearing Association, 2005a).

O TF possui formação e conhecimento suficiente acerca das alterações e normalidade do sistema neurológico e capacidades comunicativas associadas, adquirido quer na sua formação de base, quer na sua prática clínica. Esta preparação permite-lhe estar incluído nas equipas multidisciplinares que atuam junto da pessoa com demência, desempenhando diversas funções (American Speech-Language-Hearing Association, 2005a; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009):

- **Rastreio**

Identificação de indivíduos em risco de demência considerando a incidência e prevalência síndromica nas populações cultural e linguisticamente diversas.

- **Avaliação**

Seleção da metodologia mais apropriada clínica, linguística e culturalmente para efetuar o diagnóstico e avaliação das perturbações cognitivas da comunicação e deglutição subjacentes ao quadro demencial, identificando a sua natureza e dimensão.

- **Intervenção**

Seleção e aplicação de técnicas de intervenção apropriadas e baseadas na evidência, a qual pode ser direta (i.e., intervenção diretamente com os utentes com demência) ou indireta (i.e., junto dos seus cuidadores e meio envolvente).

- **Aconselhamento**

Aconselhamento, linguístico e culturalmente adequado, quer para as pessoas com demência, quer para os seus cuidadores e pessoas próximas, no sentido de os elucidar acerca de todo o processo demencial.

- **Colaboração**

Colaboração junto dos indivíduos com demência e cuidadores, tanto a nível pessoal como profissional, para desenvolver planos de intervenção que tenham como objetivo primordial manter as capacidades cognitivas e comunicativas num nível funcional, ao longo do curso da síndrome.

- **Gestão dos casos**

Gestão, coordenação ou liderança da equipa multidisciplinar de intervenção, no sentido de garantir atempadamente um plano de intervenção apropriado.

- **Formação**

Acompanhamento do processo de formação de futuros TFs no sentido de os orientar na investigação, avaliação, diagnóstico e intervenção ao nível das perturbações cognitivas e comunicativas associadas à demência. O TF deve igualmente promover a formação das famílias, cuidadores, outros profissionais e população em geral relativamente às necessidades comunicativas dos indivíduos com demência.

- **Defesa**

Defesa da necessidade e direito das pessoas com demência ao acesso a qualquer serviço que privilegie o seu bem-estar, testemunhando e argumentando os seus benefícios.

- **Investigação**

Promoção do progresso na base de conhecimentos relativos às perturbações cognitivas da comunicação nos quadros demenciais e a sua intervenção, apoiando e investindo nos projetos de investigação.

No processo de rastreio o TF deve ter em atenção problemáticas que antecedem a demência, ou seja, alterações decorrentes do envelhecimento como as visuais e auditivas, que podem requerer intervenção prioritária. A presença de depressão ou efeitos provavelmente provocados pelo uso de medicamentos específicos podem ser igualmente alvo da atenção dos terapeutas, no sentido de auxiliar na obtenção de um diagnóstico diferencial e proceder a um adequado encaminhamento das pessoas para profissionais especializados (psicólogos, neuropsicólogos ou médicos geriatras) (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

A avaliação deve ser um processo abrangente, tendo em conta a multiplicidade das alterações provocadas pelo processo demencial, sobretudo no que toca às capacidades cognitivas, comunicativas e de deglutição. O seu objetivo primordial deve ser a obtenção de informação que permite estabelecer um plano de intervenção individualizado e com objetivos bem definidos, de modo a garantir o maior nível possível de funcionalidade da pessoa com demência nos contextos onde se insere (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b).

O TF deve começar por obter uma completa história clínica da pessoa, através de uma anamnese cuidada. Esta deve incluir informação médica relevante, a etiologia do quadro demencial, identificação de necessidades e barreiras comunicativas, nutricionais e ambientais do indivíduo, a sua situação familiar e as necessidades dos seus cuidadores. Deve ser dada primazia a instrumentos de avaliação que abranjam uma grande variedade de aspetos e que possuam resultados *standard*, válidos e fiáveis. Estes profissionais devem ter em atenção o grau de severidade da demência da pessoa avaliada, pois alguns testes podem ter um nível de dificuldade superior às capacidades do mesmo. Tal poderá levar à obtenção de resultados irreais e pouco significativos para o caso em questão (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

A observação da pessoa com demência em diversos contextos comunicativos (ambientes e interlocutores diferentes), em situações reais de alimentação e a realização de entrevistas a

cuidadores ou outros profissionais envolvidos no processo pode fornecer ao terapeuta informações relevantes que suplementem o resultado dos testes efetuados, ajudando-o a determinar objetivos de intervenção mais adequados às necessidades reais do utente. Por outro lado, o processo de avaliação deve determinar se as pessoas têm potencial para beneficiar de acompanhamento terapêutico, ou seja se possuem capacidades residuais como capacidade de resposta, de leitura, de seguir ordens simples ou manter uma conversação. Tal se justifica pela necessidade do terapeuta fornecer explicações sobre a intervenção recomendada e apresentar um prognóstico aos cuidadores ou outros profissionais implicados (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b).

O primeiro princípio da intervenção terapêutica deve ser aumentar a confiança nas capacidades preservadas e reduzir a dependência naquelas que se encontram perturbadas. Assim, o TF deve ter em conta os aspetos cognitivos e comunicativos menos afetados pela demência, utilizando-os como base e facilitadores para motivar a pessoa e atingir os seus objetivos de intervenção (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b).

O segundo princípio terapêutico defende o fortalecimento dos conhecimentos e processos que têm potencial para melhorar. Quer isto dizer que a apresentação repetida de um determinado par de estímulo-resposta, faz com que a pessoa com demência o associe mais facilmente, mesmo não tendo qualquer recordação do momento de aprendizagem. Os terapeutas devem utilizar estratégias que limitem ou diminuam os erros por parte da pessoa, levando-os a recordar as respostas corretas. Estas estratégias podem incluir: pistas escritas para completar tarefas ou para ajudar a recordar, desenvolvimento de livros de memória com fotografias e factos significativos sobre aspetos da vida pessoal, entre outras (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

O último princípio terapêutico defendido pela ASHA (2005) diz respeito à utilização de reforços positivos ao longo das tarefas realizadas nas sessões de intervenção. Os reforços positivos podem surgir sob a forma de reforços sociais (sorriso, sinal de “bom” com a mão, palmas ou piscar do olho) ou feedback positivo (expressões verbais que indicam que a tarefa foi bem realizada ou que o desempenho foi positivo: “Muito bem!”, “Conseguiu fazê-lo!”, “Boa!”). Estes desenvolvem a confiança da pessoa e a presença de respostas corretas, evidenciando as situações de aprendizagem (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b).

Para garantir que a intervenção é adequada, os objetivos e estímulos a utilizar na mesma devem ser, preferencialmente, discutidos com as pessoas, os seus cuidadores e outros profissionais de saúde que façam parte da equipa de intervenção multidisciplinar. Desta forma, o terapeuta pode adaptar as atividades terapêuticas às características e interesses de cada indivíduo, destacando o vocabulário comum do dia-a-dia, a criação de rotinas individuais, utilização de itens familiares (vocabulário, objetos, imagens) para facilitar a identificação e levando a que a pessoa com demência se envolva em tarefas que lhe permitam ter uma elevada participação. Nos estádios mais avançados da demência, pode ser necessária a utilização de sistemas de comunicação aumentativa e alternativa (CAA), utilizados para suplementar ou substituir a fala. Estes podem incluir material de baixa tecnologia como a escrita, o desenho, cartões com imagens impressas ou livros de comunicação com fotografias. A alta tecnologia pode apresentar-se sob a forma de sensores que produzem um *output* vocal, relembrando à pessoa determinadas tarefas. Estes sistemas de CAA têm como objetivo maximizar o desempenho comunicativo da pessoa com demência nos seus diversos contextos, necessitando de revisão constante para se adequar aos progressos ou surgimento de novas dificuldades (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

Na maioria das vezes, a intervenção do TF passa, não pelo indivíduo com demência, mas pelos seus cuidadores e meio envolvente. Tal pode verificar-se sob a forma de modificações ambientais, criação de rotinas terapêuticas e atividades diárias e treino dos cuidadores, como

facilitadores do processo de comunicação. Primeiramente o terapeuta deve explicar aos cuidadores a forma como o processo demencial, desde a fase inicial à mais severa, influencia as capacidades da pessoa. Posteriormente, devem ser ensinadas estratégias a atividades que os cuidadores podem desempenhar em casa para estimular a pessoa com demência. Entre estas estratégias encontram-se a utilização de material linguístico apropriado para facilitar a rotina diária da pessoa com demência, no meio onde se insere, nomeadamente símbolos impressos que indiquem a localização de divisões específicas da casa. Outras estratégias passam por aumentar a luminosidade do ambiente, diminuir o ruído, tornar o ambiente familiar e acolhedor e continuar a desempenhar atividades familiares rotineiras (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b).

Relativamente às alterações nos processos de nutrição e deglutição, a intervenção do TF pode igualmente ser direta e/ou indireta, passando, numa primeira fase, por explicar à própria pessoa com demência (quando aplicável) e respetivos cuidadores o desenrolar dos processos e o aconselhamento relativamente a estratégias que possam garantir uma nutrição segura. A terapia direta baseia-se na introdução do alimento por via oral e reforço de comportamentos adequados durante o processo de deglutição, incluindo manobras de limpeza de resíduos das cavidades oral e faríngea. A terapia indireta utiliza técnicas que ajudam a controlar os processos motores que estão na base de uma deglutição normal, de entre as quais técnicas para controlar o bolo alimentar na primeira fase da deglutição, técnicas para estimular o reflexo de deglutição e técnicas para proteção das vias aéreas. Pode aconselhar-se, igualmente, mudanças na consistência dos alimentos ingeridos pela pessoa com demência, devendo este papel ser partilhado com um nutricionista (Rangel, 1998; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

## **2.8. A realidade portuguesa ao nível da atuação do terapeuta da fala**

Grande parte dos estudos que relatam a necessidade da intervenção do TF com indivíduos com demência tem vindo a ser desenvolvido em países como os Estados Unidos, Inglaterra, França e Brasil. Nestes, estes profissionais desempenham já um papel relevante e ativo nas equipas multidisciplinares que intervêm com a população em questão (Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

Como já referido anteriormente, o envelhecimento demográfico é um fenómeno de amplitude mundial, sendo que Portugal não é exceção. Entre 2011 e 2012 a proporção de pessoas idosas aumentou de 19.0% para 19.4%, prevendo-se que no final do século XXI corresponda a 32% da totalidade da população portuguesa. Tendo em conta a grande prevalência de demência na população idosa, este contexto demográfico justifica que esta se tenha revelado como um dos problemas de saúde pública mais relevantes da atualidade (Instituto Nacional de Estatística, 2012; Pinho, 2008).

Na Europa, estima-se que a prevalência global de demência é de 7.29% entre os indivíduos com idade superior a 60 anos. Em Portugal, elaborou-se no ano de 1994 uma projeção para esta mesma população, tendo por base os valores médios europeus, estimando-se a prevalência de 92470 portugueses com demência. Mais recentemente, efetuou-se o primeiro estudo de base populacional cuja prevalência de demência apontava para os 5.9% da população portuguesa (Garcia et al., 1994; Pinho, 2008; Prince, Bryce, et al., 2013).

Desta forma, o diagnóstico precoce da síndrome demencial funciona como uma importante medida que pode implicar benefícios quer para a pessoa com demência, quer para os seus cuidadores. Este permite que se determine a etiologia subjacente e consequentemente a decisão de encaminhamento para profissionais mais especializados que procedam à sua intervenção em áreas afetadas específicas, reduzindo assim a sobrecarga dos cuidadores. Por outro lado, as decisões do foro legal e financeiro assim como o cuidado do utente numa fase mais tardia da síndrome, requerem tempo e uma reflexão cuidada da problemática (Pinho, 2008).

Embora grande parte dos TFs que atuam junto de população idosa devam intervir em quadros demenciais, esta é uma temática pouco explorada. Na maioria das vezes referenciam-se os quadros demenciais para áreas como a Neurologia, Psicologia ou Psiquiatria, devido à maior evidência de sintomas comportamentais que afetam mais negativamente a qualidade de vida da pessoa com demência e daqueles que as rodeiam.

O quadro demencial que possivelmente se poderia associar mais à atuação do TF é a afasia progressiva primária (APP), enquadrando-se na DFT. Esta envolve maioritariamente alterações ao nível da linguagem, devido à afeção lobular frontotemporal, iniciando-se com dificuldades na evocação de palavras e nomeação de objetos (anomia). Posteriormente, verifica-se um declínio da estrutura gramatical das frases e da compreensão da linguagem. Numa fase avançada, a produção e compreensão da linguagem são amplamente afetadas, podendo resultar em mutismo (Mesulam, 2001).

### 3. OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a prática clínica dos TFs em Portugal, junto de pessoas com demência. Mais especificamente:

- Identificar as necessidades de formação dos TFs ao nível da avaliação e intervenção com pessoas com demência;
- Analisar a sua experiência de intervenção com esta população;
- Compreender as dificuldades destes profissionais na atuação com estas pessoas;
- Compreender como se processa o encaminhamento dos casos de demência para a Terapia da Fala;
- Identificar as áreas de intervenção específicas do TF na demência;
- Analisar as abordagens e tipo de intervenção utilizadas pelos TFs;
- Compreender as razões que estão na origem da não atuação de alguns TFs nesta área;
- Conhecer a opinião dos TFs relativamente à relevância do seu papel nesta área e à necessidade da sua divulgação.

Espera-se que este estudo seja um contributo para a atuação do TF junto de pessoas com demência e equipas multidisciplinares, permitindo aferir sobre a necessidade de formação relativa às suas funções neste domínio. Da mesma forma, procura-se divulgar o papel do TF junto desta população e os benefícios desta atuação, junto de estudantes de Terapia da Fala, TFs, outros profissionais de saúde e população em geral.

## **4. MÉTODO**

### **4.1. Tipo de estudo**

Face aos objetivos enunciados, optou-se por um estudo de tipo transversal e descritivo, com uma abordagem quantitativa. Os estudos transversais descritivos são normalmente utilizados para descrever ou classificar as características de uma determinada população, no que toca a determinadas variáveis e padrões de distribuição. Podem ainda ser utilizados para concetualizar determinados fenómenos (Da Costa, 2000; Fortin, 1999). Assim sendo, e relacionando os conceitos ao estudo em questão, este tipo de estudo permitirá descrever a atuação dos TFs em Portugal na área da demência, com base nas suas experiências pessoais.

### **4.2. População e amostra**

Considerando o objetivo do presente estudo - analisar a prática clínica dos TFs, em Portugal, junto de pessoas com demência - considerou-se como população todos os TFs a exercer funções em Portugal. Segundo dados obtidos através da listagem de técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDTs) pela Associação Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), a categoria profissional de Terapia da Fala compreende até ao presente (Abril de 2014) 2048 técnicos (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2014).

Na impossibilidade de inquirir toda a população, o investigador deverá obter uma amostra suficientemente elevada para detetar diferenças estatísticas, considerando igualmente questões como o tempo e os recursos disponíveis. Alguns autores referem formas simples de determinar o tamanho da amostra, nomeadamente a utilização de censos (para pequenas populações); a imitação de tamanhos de amostra utilizados em estudos semelhantes; a utilização de tamanhos de amostra pré-determinados por diversos estudos para o efeito e a aplicação de fórmulas de cálculo. Relativamente a esta última forma, a ferramenta G\*Power 3, procede a este cálculo de forma automática previamente à realização de um estudo, tendo apenas que se saber a dimensão da população (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007; Fortin, 1999; Israel, 2013).

Neste trabalho, e considerando as fontes consultadas (Bartlett, Kotrlik, & Higgins, 2001; Israel, 2013; Krejcie & Morgan, 1970), procedeu-se a uma estimativa inicial de um mínimo de 330 TFs como dimensão da amostra.

No entanto, foram recebidos no total 234 inquéritos preenchidos, de entre os quais, quatro foram eliminados, pois considerou-se que tinham dados inválidos. Para além de não terem respondido a grande parte das questões que permitiriam caracterizá-los, dois deles correspondiam a indivíduos que ainda não tinham terminado o curso.

Assim, a dimensão da amostra realmente obtida foi de 230 TFs, que embora seja um número razoável não foi o estimado. Tal se pode justificar sobretudo pelo facto de se realizarem muitos estudos deste género e pelo curto período de recolha de dados, que por sua vez ocorreu em meses de Verão, altura em que muitos profissionais se encontram de férias. Por outro lado, o facto de as AN *major* serem ainda um assunto pouco considerado entre os TFs, levou a que alguns optassem por não participar no estudo, alegando não se sentir confortáveis para o efeito, tendo em conta a temática.

### **4.3. O questionário como instrumento de recolha de dados**

O processo de investigação pode incidir sobre uma variedade de fenómenos, pelo que requer o acesso a diversos métodos de recolha de dados. O tipo de método a utilizar depende da natureza do problema de investigação, das variáveis a estudar e da estratégia de análise estatística considerada. Apesar da variedade de métodos existentes, determinadas questões de investigação não podem ser estudadas satisfatoriamente, por falta de instrumentos de medida

pertinentes. Nestas circunstâncias, a solução passa pela conceção de instrumentos apropriados às variáveis a estudar (Fortin, 1999).

Para a conceção de novos instrumentos devem considerar-se alguns fatores essenciais, nomeadamente: os objetivos do estudo, o nível de conhecimento do investigador sobre as variáveis em estudo, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceituais e a fiabilidade e validade dos instrumentos de medida (Fortin, 1999).

O questionário é um método de recolha de dados que requer respostas escritas por parte dos participantes, sendo normalmente preenchido pelos mesmos, sem assistência. É o instrumento de medida mais utilizado na investigação científica, sobretudo nas Ciências Sociais, permitindo traduzir os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Facilita a organização, normalização e controlo dos dados, levando a que a informação pretendida se recolha de maneira rigorosa, evitando os enviesamentos (Chagas, n.d.; Fortin, 1999).

#### **4.3.1. Desenvolvimento do questionário**

Atendendo à inexistência de instrumentos de recolha de dados específicos para responder aos objetivos do presente estudo, procedeu-se à construção de um questionário.

As principais etapas de conceção do referido questionário podem resumir-se da seguinte forma:

- **Delimitação da informação pertinente a recolher ou definição do constructo**

No presente caso, a finalidade do questionário foi analisar a prática clínica dos TFs em Portugal, identificando as necessidades ao nível da sua formação; analisando a sua experiência de intervenção e respetivas abordagens, assim como as dificuldades sentidas; compreendendo o processo de referenciamento para a Terapia da Fala e as razões que justifiquem a não atuação destes profissionais nesta área.

Assim, definiram-se cinco dimensões a avaliar, correspondentes a: Informação sociodemográfica; Formação Académica; Situação Profissional; Formação complementar na área da demência e Intervenção na área da demência (ver Apêndice 1). Tais dimensões surgiram da necessidade de investigar os objetivos específicos referidos anteriormente, que levarão a inferir sobre as razões para a atuação ou não atuação dos TFs junto de pessoas com demência.

- **Redação da introdução e diretrizes**

A versão definitiva do questionário deve conter uma introdução, normalmente colocada na primeira página. Deve ser escrita com rigor, pois vai estabelecer o primeiro contacto do respondente com o instrumento, podendo determinar a sua decisão de cooperar positivamente (Fortin, 1999; Hill, 2005).

Relativamente ao questionário desenvolvido, a sua introdução contém aspetos como: um pedido de colaboração no preenchimento do questionário; a razão da aplicação do mesmo; uma curta apresentação da sua natureza; apresentação da autora e docentes orientadoras; o nome da instituição de ensino onde é realizado o estudo e uma declaração formal da confidencialidade das respostas e da natureza anónima do questionário (consentimento informado) (ver Apêndice 2 – Ilustrações 1 e 2).

- **Formulação e seleção dos itens**

Nesta fase os itens foram selecionados e formulados atendendo a alguns princípios. Procurou-se formular questões simples, curtas e objetivas, que fossem relevantes para cada dimensão avaliada. Quanto ao tipo de questões, foram utilizadas questões fechadas e abertas. Apesar das primeiras facilitarem a aplicação de uma análise estatística mais sofisticada, reforçando a fidelidade dos dados, recorreu-se igualmente a questões abertas por permitirem aceder a informação mais detalhada e possivelmente relevante para o presente estudo (Fortin, 1999; Hill, 2005). Relativamente às questões fechadas, foram fornecidas hipóteses enunciadas previamente, as quais foram cuidadosamente selecionadas de acordo com a revisão da literatura



realizada, relativa a cada questão. Procurou-se utilizar questões específicas, no sentido de se inferir de forma mais imediata acerca de atitudes, opiniões e necessidades.

- **Estabelecimento da sequência das questões e respetivo formato**

Uma vez redigidas as questões, estas foram ordenadamente colocadas no questionário. Teve-se em conta que esta ordem pode influenciar as respostas, pelo que questões relacionadas com o mesmo assunto foram agrupadas em conjunto (Almeida & Freire, 2008). Começou-se por questões de informação geral, como os dados sociodemográficos, avançando-se gradualmente para questões relacionadas primeiramente com a formação complementar na área da demência e finalmente com a intervenção ao nível desta síndrome (ver Apêndice 1).

- **Revisão do esboço do questionário e análise das questões**

Neste caso, terminado o esboço do questionário, iniciou-se, sob orientação científica das docentes responsáveis, um processo de análise dos itens. Estas forneceram uma visão crítica relativamente ao conteúdo, formato dos itens e erros técnicos e gramaticais, tendo feito, portanto, uma análise qualitativa.

- **Pré-teste do questionário**

Esta fase consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que representa a diversidade da população alvo, sendo normalmente constituída por um grupo de 10 a 30 sujeitos. Permite assim aperfeiçoar o instrumento, resolver problemas imprevistos e verificar novamente a redação e ordem dos itens (Fortin, 1999).

Neste sentido, 10 TFs com percursos académicos e profissionais diferentes foram convidados a participar no pré-teste (9 do género feminino e um do género masculino, com uma média etária de  $23,8 \pm 2,6$  anos). Para o efeito, o instrumento foi enviado via *e-mail* (ver Apêndice 3), sendo solicitado o seu preenchimento e a opinião dos TFs relativamente aos seguintes pontos:

- clareza das instruções e outras frases de esclarecimento;
- clareza e ambiguidade da formulação das questões;
- possíveis resistências em responder a determinadas questões;
- adequação e suficiência das opções de resposta;
- adequação da sequência e transição das dimensões avaliadas;
- omissão de informação importante;
- tempo necessário para o preenchimento;
- apresentação geral do questionário (estrutura, imagem, clareza);
- comentários complementares que considerem relevantes (sugestões, críticas, entre outros).

O pré-teste decorreu entre 13 e 18 de Junho de 2014. Mediante as informações dos TFs realizou-se uma análise detalhada das sugestões, críticas e comentários mais relevantes e procedeu-se a ligeiras alterações ao questionário. Na sua maioria foram questões relacionadas com a substituição de determinados termos por outros mais adequados. Por exemplo: na introdução ao questionário substituiu-se a expressão “caso não se sinta confortável para prosseguir” por “caso não pretenda prosseguir”; na questão “Que tipo de colaboração teve ou tem junto desta população?”, substituiu-se a palavra “colaboração” por “ação” e na questão “Por que razão nunca interveio em nenhum quadro demencial?”, substituiu-se a resposta “Pouco à vontade” por “Insegurança e falta de convicção relativamente ao trabalho desenvolvido nesta área”. Procedeu-se também ao acréscimo de opções de resposta, pelo facto de as existentes não considerarem todas as situações possíveis, ou de detalhes relevantes à compreensão da informação. Assim, na introdução foi colocado o tempo médio de resposta ao questionário (5 a 10 minutos); na questão “Em que fase do processo demencial foi feito o encaminhamento do ou dos casos?”, adicionou-se a opção de resposta “Não sabe”; e na questão “Que tipo de funções considera que o Terapeuta da Fala pode desempenhar junto de pessoas com demência?”, completou-se o item de resposta “Colaboração”, acrescentando a informação “com outros

profissionais no desenvolvimento de planos de intervenção que visem manter as capacidades cognitivas e comunicativas num nível funcional”. Adicionaram-se ainda duas novas questões na dimensão “Situação profissional”, para poder-se abranger os TFs que, no momento, não estejam a exercer a sua formação profissional. Estas correspondem a “Qual é a sua situação profissional atual?” e “Está atualmente a exercer a sua atividade profissional em Terapia da Fala?”.

#### 4.3.2. Procedimentos de recolha de dados

O questionário experimenta diversas modalidades de implementação, sendo necessário seleccionar aquela que se enquadra melhor a cada tipo de investigação. Esta seleção é feita em função da natureza do próprio questionário, das características dos respondentes, dos recursos disponíveis (quer financeiros ou de outro índole), da qualidade dos dados que se pretende obter ou das exigências das características da própria pesquisa (tipo de pesquisa e tipo de análise e interpretação pretendidas) (Saris & Gallhofer, 2014; Vasconcellos & Guedes, 2007).

Para o presente estudo seleccionou-se a modalidade *online*, atendendo a fatores como a crescente relevância atual da Internet; a facilidade de divulgação do instrumento, podendo-se recolher uma elevada quantidade de dados sem recorrer à presença de investigadores; a agilidade na tabulação ou processamento dos resultados quase de forma automática; e o baixo custo de implementação (Dillman, Tortora, & Bowker, 1999; Vasconcellos & Guedes, 2007).

Utilizou-se para o efeito a ferramenta “Google Forms” suportada pelo “Google Drive”, a qual permitiu a criação de formulários, cujo endereço foi divulgado e partilhado com os representantes da população alvo para que pudessem preencher o questionário. Por forma a obter o maior número de participantes, esta divulgação recorreu a duas vias: envio, por *e-mail* (ver Apêndice 4), do endereço *web* onde o questionário estava disponível, e disponibilização do mesmo na rede social Facebook. Nesta, o questionário foi divulgado por mensagem privada e em grupos privados, cujos utilizadores são maioritariamente os TFs. Recorreu-se também a duas importantes entidades, a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF) e a Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF). Para estas foi enviado um *e-mail* com um pedido de colaboração através da divulgação do questionário nas respetivas páginas *web* e no Facebook (ver Apêndice 5). Foi ainda solicitada a colaboração dos docentes coordenadores do curso de Terapia da Fala das várias instituições de formação, via *e-mail* (ver Apêndice 4).

Para o respondente, esta modalidade de questionários implica uma maior rapidez de preenchimento, facilidade de leitura, atratividade propiciada pela interação com o meio tecnológico e a possibilidade de salvaguardar com mais confiança a sua identidade (Dillman et al., 1999; Vasconcellos & Guedes, 2007).

Tendo em conta as especificidades da ferramenta *Google Forms* e das próprias questões, foi necessário recorrer a algumas estratégias, de modo a garantir o correto preenchimento do questionário. Por exemplo, na dimensão “Formação académica”, após o respondente preencher a informação acerca da sua formação de base (bacharelato ou licenciatura), era encaminhado para a questão “Para além do bacharelato/licenciatura possui mais alguma habilitação académica?”. Ao responder negativamente, dava-se o automático encaminhamento para a dimensão “Situação profissional”, no entanto, se respondesse de forma positiva, deveria seleccionar o grau ou graus académicos correspondentes e preencher a informação relativa ao mesmos.

Na dimensão “Situação profissional”, todos os respondentes que não estivessem atualmente a exercer a sua atividade profissional em Terapia da Fala, não responderiam às seguintes questões incluídas na mesma dimensão (Instituição de exercício profissional; Tempo de experiência profissional; Idade da população alvo e Área em que trabalha maioritariamente). Estes eram, portanto, encaminhados para a dimensão “Formação complementar na área da demência”.

Na mesma lógica, perante a primeira questão da dimensão “Intervenção na área da demência”, os TFs que respondessem negativamente, eram encaminhados automaticamente para a questão “Por que razão nunca interveio em nenhum quadro demencial?”. Pelo contrário, aqueles

que estivessem a intervir ou já tivessem intervindo nalgum caso com demência, deveriam responder às questões que se seguiam relativas ao número de casos e tipos de demência; referenciamento e encaminhamento; colaboração dos TFs junto da população com demência e abordagem e tipo de intervenção.

A recolha de dados decorreu entre 19 de Junho e 4 de Setembro de 2014, tendo tido uma duração de cerca de dois meses e meio.

#### **4.4. Procedimentos de análise dos dados**

Os dados recolhidos foram analisados com o *software* IBM SPSS Statistics 21, incidindo sobre a estatística descritiva, no sentido de apresentar a frequência das variáveis nominais e ordinais, assim como as medidas de tendência central (média, mediana e moda) para uma das variáveis, nomeadamente a referente à faixa etária dos respondentes. Não se considerou necessário verificar a relação de dependência entre variáveis ou efetuar outro tipo de análise estatística, uma vez que através da estatística descritiva se obtiveram resultados que foram ao encontro dos objetivos propostos com a realização deste estudo.

#### **4.5. Questões éticas na investigação**

O presente estudo respeitou os princípios relativos ao direito à autodeterminação, ao anonimato e confidencialidade e à proteção contra o desconforto (Fortin, 1999). Os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, procedimentos de recolha de dados, divulgação dos resultados e confidencialidade dos dados recolhidos. Foram igualmente informados acerca do carácter voluntário da participação, do direito de recusar a mesma ou de desistir do estudo em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Assim, optou-se por incluir posteriormente ao texto de apresentação do questionário a seguinte informação: *“Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos do presente estudo. Poderei recusar a todo o tempo a minha participação no mesmo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo. Compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados em revistas científicas, apresentados em conferências e utilizados noutras investigações, sem que haja qualquer quebra de confidencialidade”*. Mediante a discordância e ausência de autorização do respondente, este teria a possibilidade de não avançar para o preenchimento do questionário.

Por forma a garantir a confidencialidade dos dados, não foi solicitada qualquer informação que possa identificar o respondente. Relativamente à ferramenta utilizada para a aplicação do questionário na modalidade *online*, esta não permite igualmente identificar os respondentes, pois todas as respostas são automaticamente armazenadas de forma resumida ou numa folha de cálculo, segundo as questões do próprio questionário. Da mesma forma, a equipa de investigação é a única que pode manipular a ferramenta e as respostas obtidas.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Caracterização da amostra – Informação sociodemográfica

#### 5.1.1. Idade, género e estado civil

A amostra é constituída por 230 TFs, com uma média etária de  $29,3 \pm 6,6$  anos, sendo a maioria do sexo feminino ( $n=221$ ; 96,1%). Quanto ao estado civil, verifica-se que a maior parte dos respondentes são solteiros ( $n=159$ ; 69,1%), seguidos pelos casados ( $n=60$ ; 26,1%). Os restantes são divorciados ( $n=10$ ; 4,3%) ou viúvos ( $n=1$ ; 0,4%).

### 5.2. Formação académica

Relativamente à formação de base, 12 (5,2%) inquiridos têm o Bacharelato e a grande maioria concluiu o grau de Licenciatura ( $n=218$ ; 94,8%).

Cento e trinta e nove participantes (60,4%) não possuem mais habilitações académicas para além da formação de base. Todavia, 91 (39,6%) deram continuidade à sua formação (ver Figura 1). De entre estes, 2 (2,2%) concluíram e/ou frequentaram a Licenciatura (pois tinham como formação de base o bacharelato), 84 (92,3%) o Mestrado e 13 (14,3%) o Doutoramento (ver Figura 2).

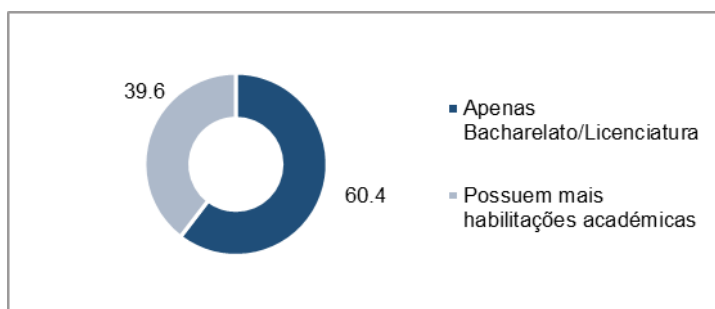


Figura 1 - Habilitações académicas dos terapeutas da fala

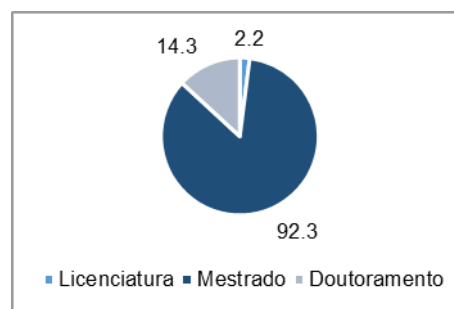


Figura 2 - Percentagem de terapeutas com mais habilitações académicas para além do bacharelato/licenciatura

#### 5.2.1. Bacharelato

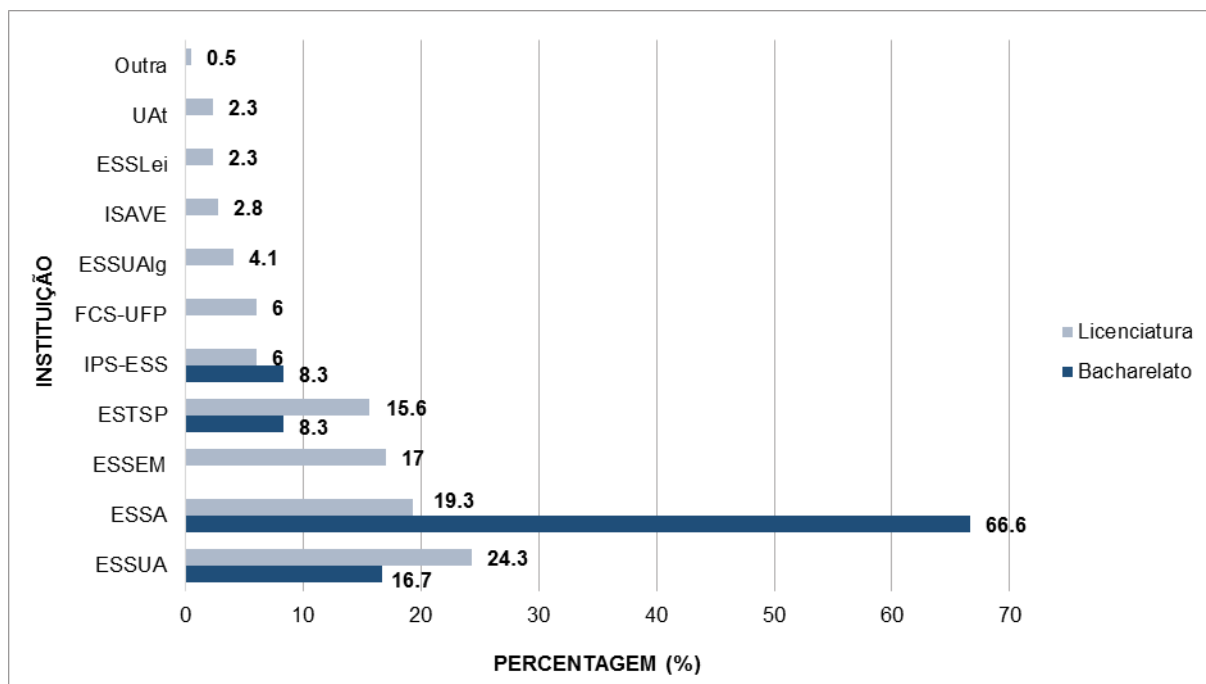
De entre os 12 TFs que possuem como formação de base o bacharelato, 9 (75%) concluíram a sua formação antes do ano 2000. No que respeita à instituição de formação destes profissionais, observa-se que a maior parte formou-se na Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA) ( $n=8$ ; 66,7%) e na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) ( $n=2$ ; 16,7%) (ver Figura 3).

Os respondentes foram questionados acerca do plano de estudos na sua formação de base, com o intuito de verificar a existência de unidades curriculares (UCs) relacionadas com as alterações neurocognitivas em adultos, nomeadamente com a demência. Assim, verifica-se que 5 (41,7 %) dos respondentes não tiveram qualquer unidade curricular (UC) ao longo do bacharelato, 4 (33,3%) abordaram conteúdos relacionados com a demência em parte de uma UC, 2 (16,7%) tiveram duas UCs e 1 (8,3%) teve mais que duas UCs relacionadas com a demência.

#### 5.2.2. Licenciatura

Quanto aos 218 TFs licenciados, 11 (5%) concluíram a sua formação de base antes do ano 2000 e 207 (95%) acabaram neste ano ou depois. No que respeita à sua instituição de formação, observa-se que 53 (24,3%) terapeutas foram formados na ESSUA, 42 (19,3%) na ESSA e 37 (17%) na Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM), sendo estas as instituições onde

a maior parte dos TFs se formou. Os restantes terapeutas distribuem-se por outras instituições (ver Figura 3).



**Figura 3 - Percentagem de terapeutas da fala com bacharelato e licenciatura formados em cada instituição**

Relativamente às UCs centradas em conteúdos relacionados com a demência, verifica-se que 18 (8,3 %) dos respondentes não frequentaram qualquer UC na licenciatura, 62 (28,4%) frequentaram parte de uma UC, 60 (27,5%) frequentaram apenas uma UC, 68 (31,2%) tiveram duas UCs e 10 (4,6%) mais que duas UCs.

### 5.2.3. Mais habilitações académicas – mestrado e doutoramento

De entre os 84 TFs que assinalaram o Mestrado como outra habilitação académica, 52 (61,9%) já o concluíram e 32 (38,1%) ainda o estão a concluir.

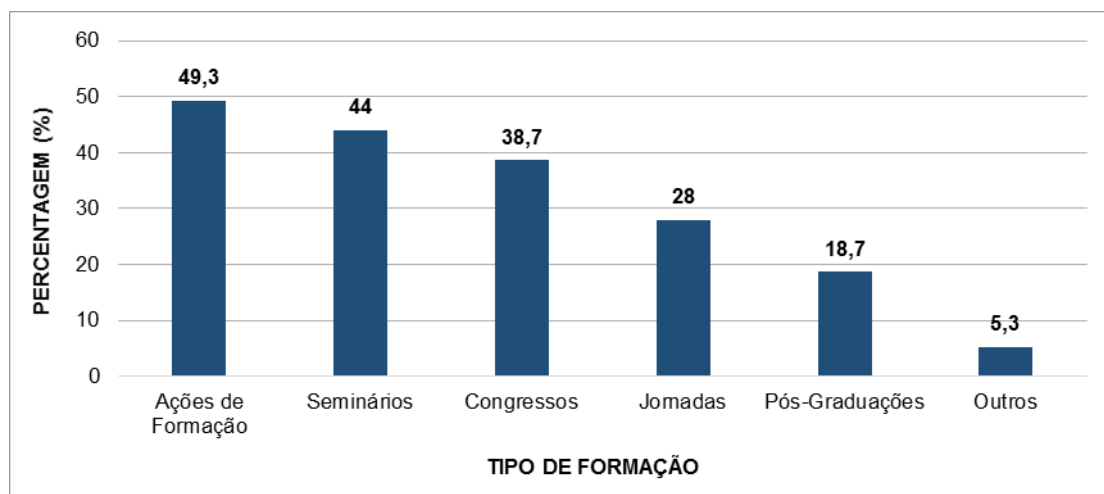
Relativamente ao número de UCs relacionadas com a demência, 55 (65,5%) TFs referem não ter frequentado nenhuma, 11 (13,1%) frequentaram parte de uma UC, 8 (9,5%) frequentaram uma UC e a mesma percentagem de TFs refere ter frequentado duas UCs. Apenas 2 (2,4%) terapeutas dizem ter tido mais que duas UCs.

Apenas 6 (7,1%) TFs referiram ter desenvolvido ou estar a desenvolver temas de dissertação relacionados com as alterações neurocognitivas em adultos.

Quanto ao grau de Doutoramento, verifica-se que apenas 6 (46,2%) participantes já o concluíram e 7 (53,8%) ainda o estão a realizar. A maior parte (n=9; 69,2%) não frequentou qualquer UC cujos tópicos programáticos abordassem a demência e apenas 3 (32,1%) desenvolveram/estão a desenvolver a sua tese de doutoramento relacionada com a demência.

### 5.3. Formação complementar na área da demência

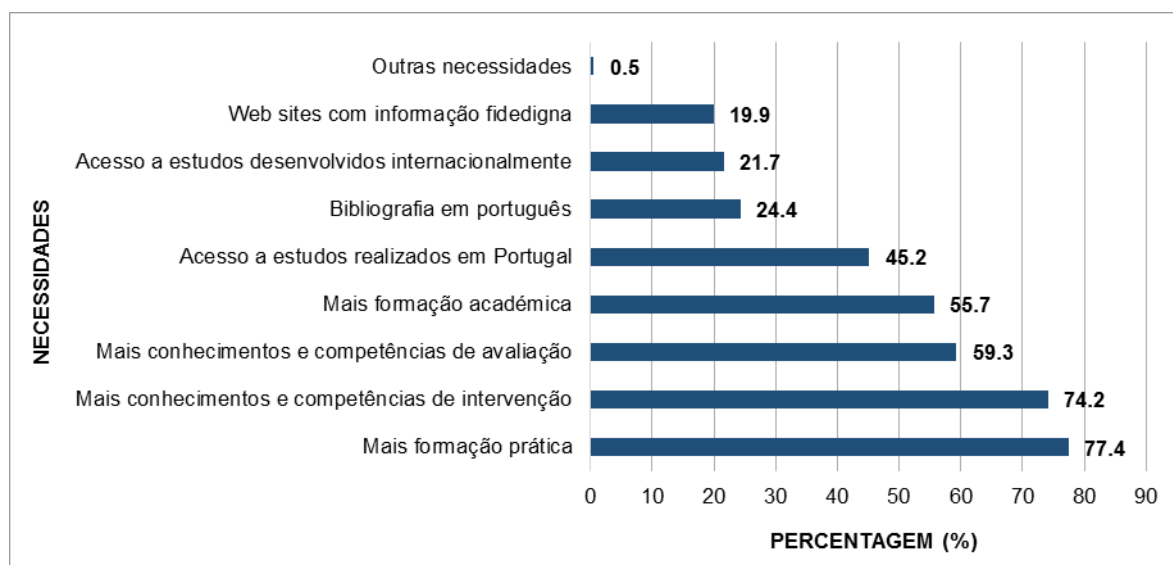
De entre os 230 terapeutas que responderam ao questionário, apenas 75 (32,6%) afirmam já ter frequentado algum tipo de formação complementar na área da demência. Como é possível observar na Figura 4, as mais frequentes são as Ações de Formação (n=37; 49,3%) e os Seminários (n=33; 44%).



**Figura 4 - Percentagem de terapeutas da fala que frequentou cada tipo de formação**

### 5.3.1. Necessidades ao nível dos conhecimentos e competências na área da demência

A maioria dos participantes (n=221; 96,1%) afirma ter necessidades no âmbito da demência. Pela observação da Figura 5, verifica-se que mais de 50% dos TFs inquiridos referem a necessidade de mais formação prática e académica e mais conhecimentos e competências de avaliação e intervenção. Uma menor percentagem refere outras necessidades, relacionadas com a informação disponível acerca desta temática.



**Figura 5 - Percentagem de terapeutas da fala com cada uma das necessidades ao nível da temática da demência**

### 5.4. Situação profissional

Quanto à situação profissional atual dos respondentes, 142 (61,7%) encontram-se Empregados a Tempo Inteiro, 59 (25,7%) estão Empregados a Tempo Parcial, 17 (7,4%) estão Desempregados e 12 (5,2%) encontram-se noutras situações, referentes na sua maioria a trabalho por conta própria ou situações pontuais como incapacidade temporária e estágios profissionais.

Dos 230 inquiridos, 206 (89,6%) estão atualmente a exercer a sua atividade profissional em Terapia da Fala e será sobre esta amostra – 206 – que irão recair as análises que se seguem (Instituição de exercício profissional; Tempo de experiência profissional; Idade da população e Área de especialização).

#### 5.4.1. Instituição de exercício profissional

Quanto à instituição onde exercem maioritariamente a sua profissão, 82 (39,8%) dos inquiridos responderam que trabalham em Clínicas, 75 (36,4%) em Jardins-de-infância e Escolas e 41 (19,9%) em Hospitais, sendo que os restantes exercem em outras instituições (ver Figura 6). A partir da análise da Figura 6, observa-se que alguns terapeutas desempenham a sua profissão em mais do que um tipo de instituição.

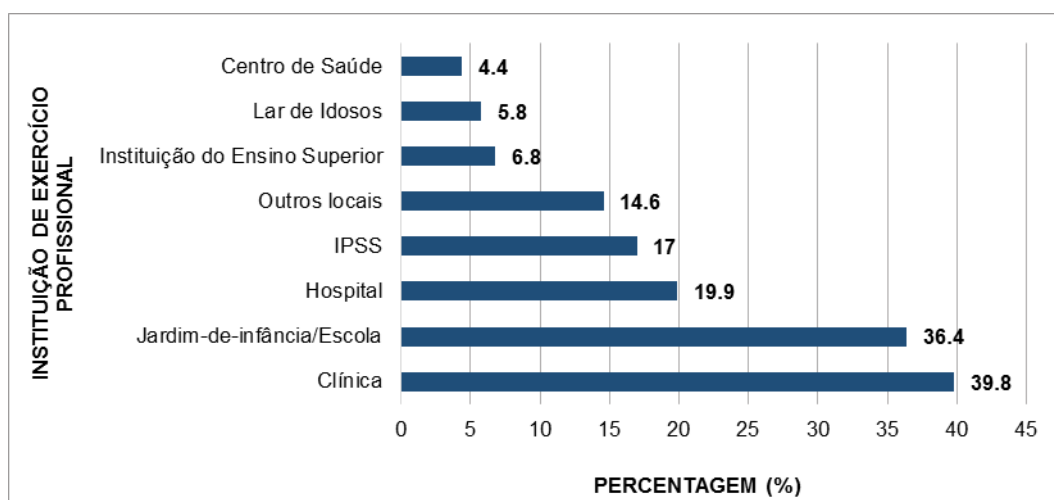


Figura 6 - Percentagem de terapeutas da fala a exercer em cada instituição

#### 5.4.2. Tempo de experiência profissional

Pela Figura 7, observa-se que a maioria dos TFs trabalha há mais de 3 anos (n=139; 67,5%), considerando-se pois, profissionais experientes.

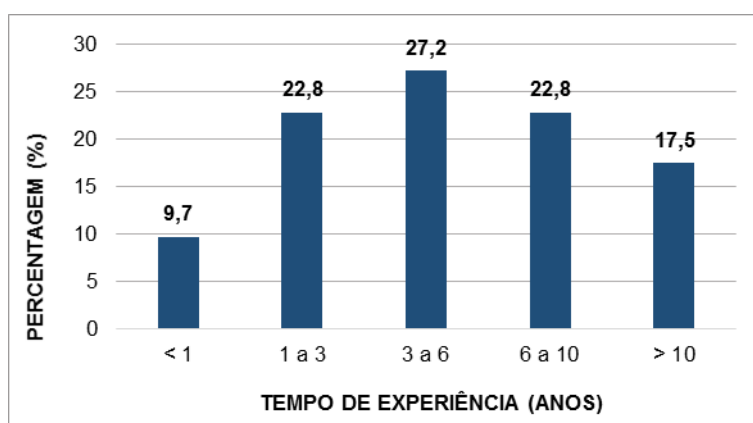


Figura 7 - Tempo de experiência profissional

### 5.4.3. Idade da população

Verifica-se pela observação da Figura 8 que a população pediátrica é o público-alvo de grande parte dos terapeutas. Todavia, cerca de 30% refere trabalhar com a população adulta e mais especificamente 32,5% com a população idosa (mais de 65 anos).

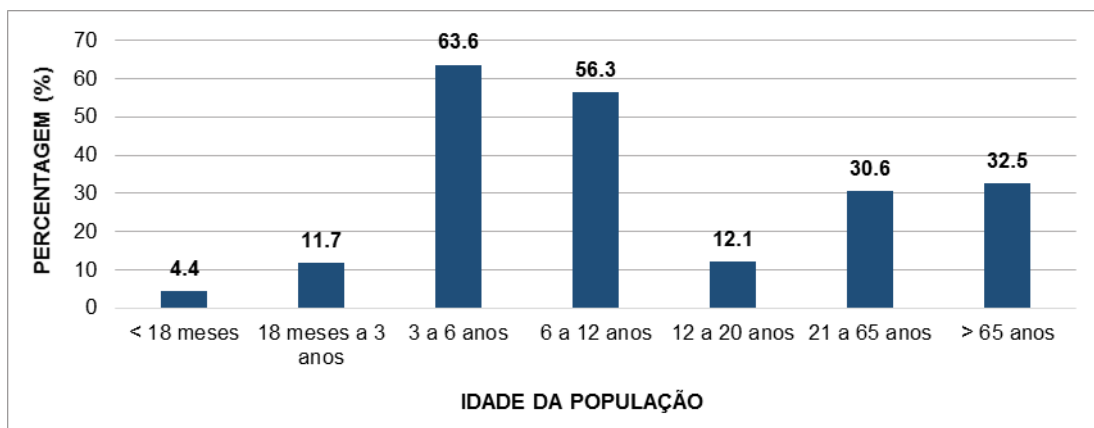


Figura 8 - Faixa etária da população alvo de intervenção dos terapeutas da fala

### 5.4.4. Área de especialização

A área de especialização refere-se, no presente trabalho, à área em que os TFs trabalham maioritariamente, verificando-se que a grande maioria dos terapeutas intervém ao nível das Perturbações da Linguagem na Criança (e.g., perturbações primárias, perturbações secundárias a deficiência auditiva, deficiência mental, etc.) e das Perturbações dos Sons da Fala (e.g., perturbação articulatória, perturbação fonológica) (n=156; 75,7%). Ainda assim, alguns profissionais (n=184, 89,3%) também trabalham noutras áreas, específicas de populações adultas/idosas (ver Figura 9).

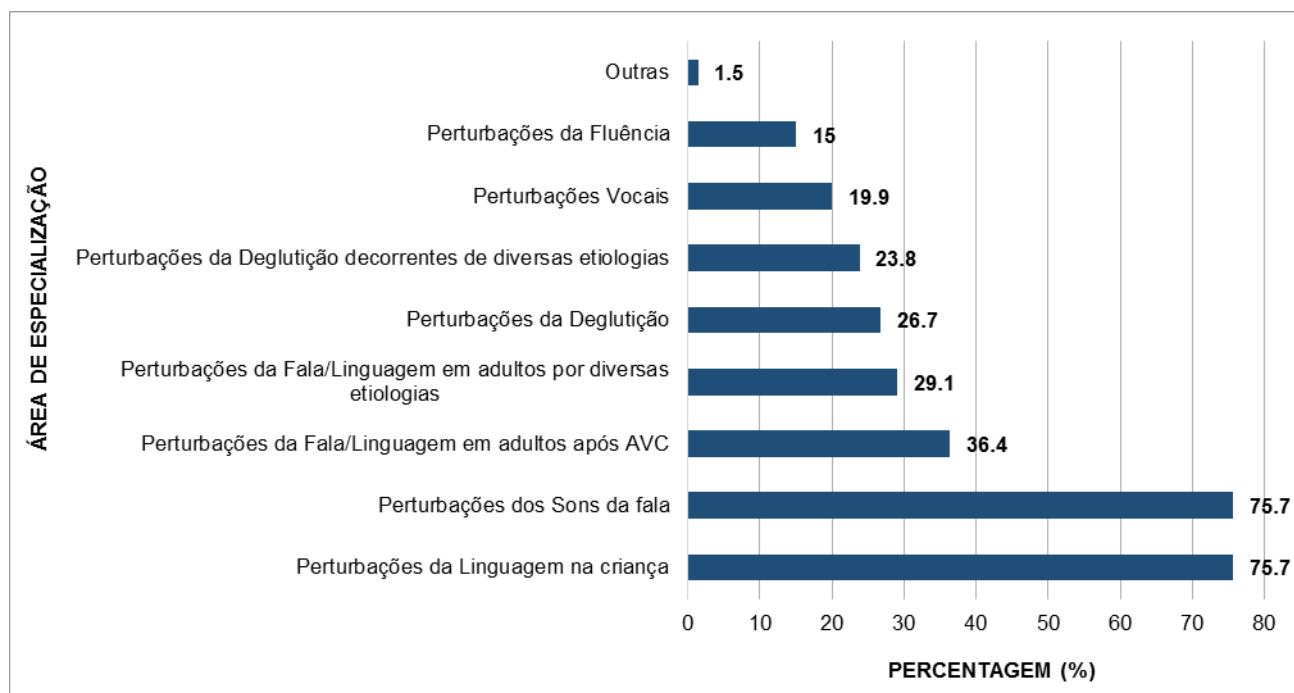


Figura 9 - Percentagem de terapeutas da fala especializados em cada área



## 5.5. Intervenção na área da demência

A maior parte dos profissionais (n=120; 52,2%) refere que já interveio ou intervém atualmente junto de pessoas com demência. Por outro lado, 110 (47,8%) TFs nunca intervieram nesta área.

Para os itens que se seguem (Número de casos e tipos de demência; Referenciamento e encaminhamento; Colaboração dos TFs junto da população com demência e Abordagem e tipo de intervenção), recorreu-se apenas à amostra de TFs que tem alguma experiência de intervenção nesta área, ou seja, os 120 (52,2%).

### 5.5.1. Número de casos e tipos de demência

Através da Figura 10, observa-se que a maioria dos terapeutas (n=65; 54,2%) já acompanhou mais que três casos de demência no âmbito da sua prática clínica.

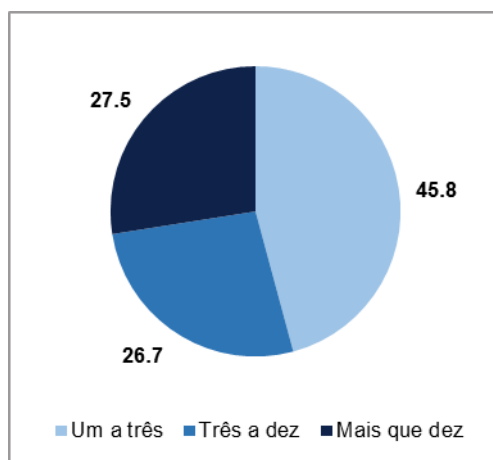


Figura 10 - Percentagem de casos com demência em que os terapeutas da fala já intervieram

A DA é o tipo de demência mais frequentemente observado pelos TFs, com uma frequência de 96 (80%), seguida pela DV (n=60; 50%) e por outros quadros demenciais menos comuns, como observado na Figura 11.

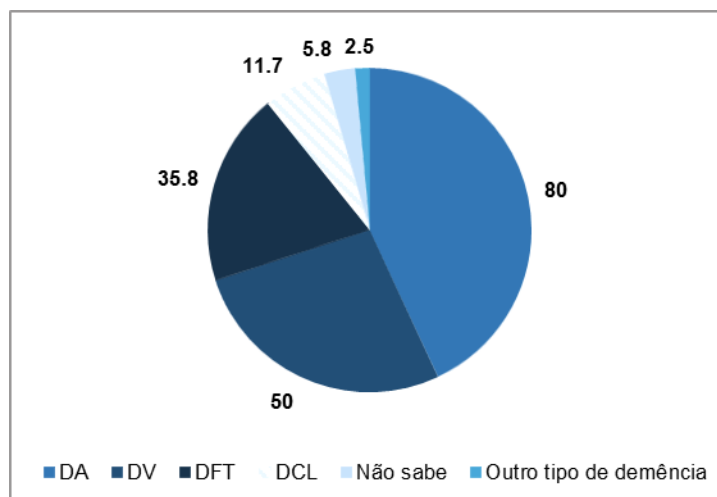


Figura 11 - Percentagem dos tipos de demência em que os terapeutas da fala já intervieram

### 5.5.2. Referenciamento e encaminhamento

Quanto ao profissional de saúde que fez o referenciamento dos casos para a Terapia da Fala, 76 (63,3%) terapeutas referem ter sido o Médico Neurologista, 42 (35%) assinalaram o Médico de Medicina Geral e Familiar, 21 (17,5%) apontaram o Psicólogo ou Neuropsicólogo, 15 (12,5%) selecionaram o Médico Psiquiatra e ainda 32 (26,7%) TFs referem outros profissionais, nomeadamente o Médico Fisiatra, equipa de enfermagem e ainda os familiares da pessoa com demência.

A fase do processo demencial em que mais frequentemente é feito o encaminhamento diz respeito à Fase Intermédia, com uma frequência de 83 (69,3%). A Fase Tardia é também comum, tendo sido assinalada por 51 (42,5%) TFs, verificando-se que em poucos casos (n=35; 29,2%) o referenciamento é feito numa Fase Inicial da síndrome.

O tipo de alteração mais frequente que está na base do referenciamento para a Terapia da Fala são as Alterações de Linguagem, tendo sido assinalado por 80% dos respondentes. As Dificuldades na deglutição (n=70; 58,3%) e a Inteligibilidade reduzida (n=57; 47,5%) são também razões frequentemente apontadas, seguindo-se por outras menos comuns (ver Figura 12).

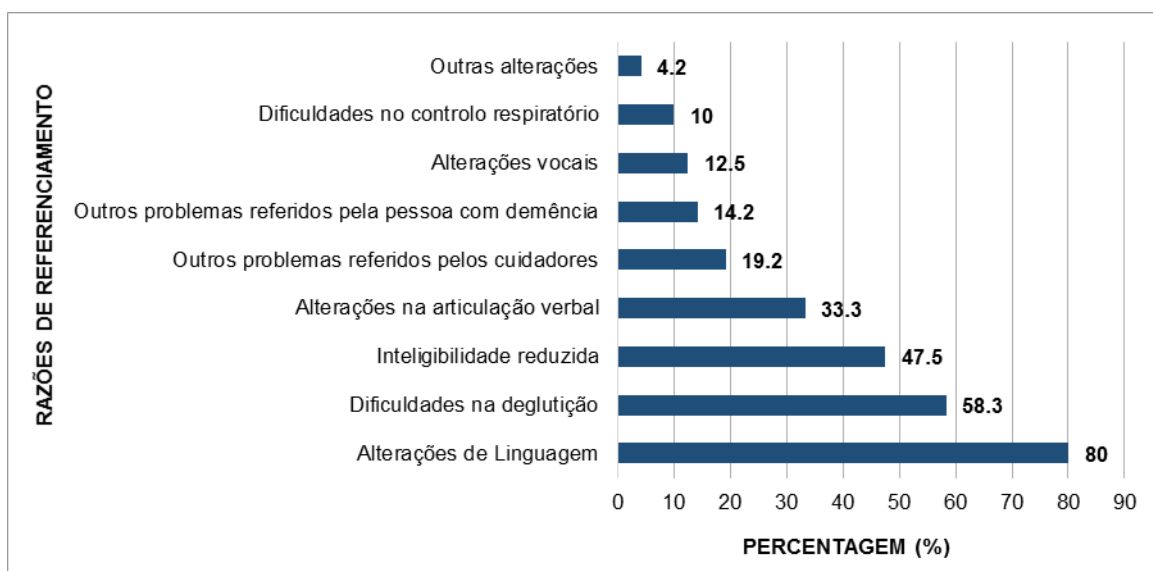


Figura 12 - Razões apontadas para o referenciamento para a Terapia da Fala

De entre os TFs inquiridos, 97 (80,8%) consideram que o encaminhamento foi feito pelas razões mais relevantes, enquanto 23 (19,2%) são de opinião contrária. Quanto à fase de encaminhamento, 42 (35%) terapeutas consideram que foi adequada e a maioria (n=78; 65%) considera que não.

### 5.5.3. Colaboração dos terapeutas da fala junto da população com demência

Mais de 80% dos terapeutas inquiridos referem atuar junto da população com demência ao nível da Avaliação de capacidades linguísticas e comunicativas. Segue-se a Avaliação da capacidade de deglutição (n=89; 74,2%), sendo que a Intervenção ao nível da linguagem e a função de Aconselhamento são referidas pela mesma proporção de TFs (n=86; 71,7%). As restantes funções/atividades são apontadas por uma percentagem mais reduzida de profissionais (ver Figura 13).



Figura 13 - Tipo de colaboração que os terapeutas da fala têm junto da população com demência

#### 5.5.4. Abordagem e tipo de intervenção

De entre as abordagens de intervenção em Terapia da Fala, a mais frequentemente utilizada é a Abordagem Funcional com uma frequência de 103 (85,8%), a Abordagem Social foi assinalada por 77 (64,2%) terapeutas e a Abordagem Tradicional por 49 (40,8%).

Quanto ao tipo de intervenção realizada, os 120 (100%) TFs referem praticar uma Intervenção Direta e 97 (80,8%) dizem também praticar uma Intervenção Indireta. Setenta e seis terapeutas (63,3%) referem ter realizado ou estar a realizar uma intervenção numa equipa multidisciplinar.

A maior parte dos profissionais (n=87; 72,5%) considera ter atingido ou estar a atingir os objetivos propostos na intervenção junto de pessoas com demência.

#### 5.6. Razões para a ausência de intervenção na demência

De entre os 110 respondentes que não possuem qualquer experiência de intervenção na área da demência, a maior parte (n=82; 74,5%) refere como razão "Nunca surgiu nenhum caso". Pela Figura 14, é possível observar que mais de 30% dos TFs apontam a "Área de atuação incompatível" e uma menor percentagem, aponta outras razões.

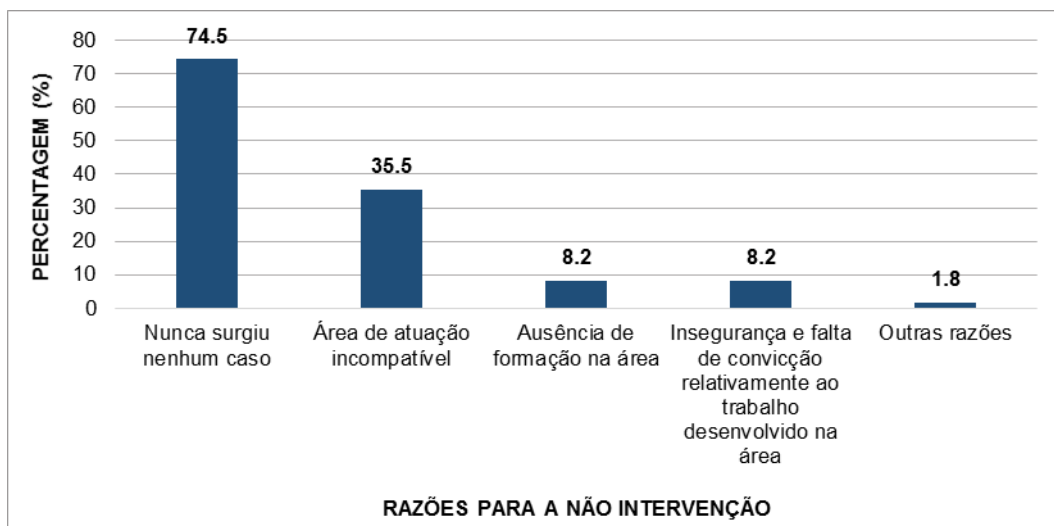


Figura 14 - Razões apontadas pelos terapeutas da fala para a ausência de intervenção na demência

### 5.7. Inclusão de unidades curriculares ou módulos relativos à demência na formação de base dos terapeutas da fala

Considerando os 230 TFs que responderam ao questionário, 223 (97%) afirmam considerar que a demência deve ser uma das áreas incluídas na formação de Licenciatura do TF, 3 (1,3%) consideram que não, e 4 (1,7%) não sabem.

### 5.8. Funções/atividades que o terapeuta da fala pode desempenhar

Duzentos e vinte e cinco (97,8 %) TFs responderam à questão relativa às funções destes profissionais junto de pessoas com demência. Tal compreende-se pelo facto de, na questão anterior, 7 (3%) participantes não considerarem (ou não terem opinião formada) relativamente à inclusão de UCs ou módulos relativos à demência na Licenciatura em Terapia da Fala.

De entre as funções/atividades defendidas pela ASHA (American Speech-Language-Hearing Association, 2005a), é a Avaliação que a maior parte dos TFs inquiridos considera ser a principal atividade a desempenhar junto de pessoas com demência, com uma frequência de 220 (97,8%). Seguem-se a Intervenção (n=212; 94,2%), a Colaboração (n=205; 91,1%) e outras funções menos consideradas pelos terapeutas (Figura 15).

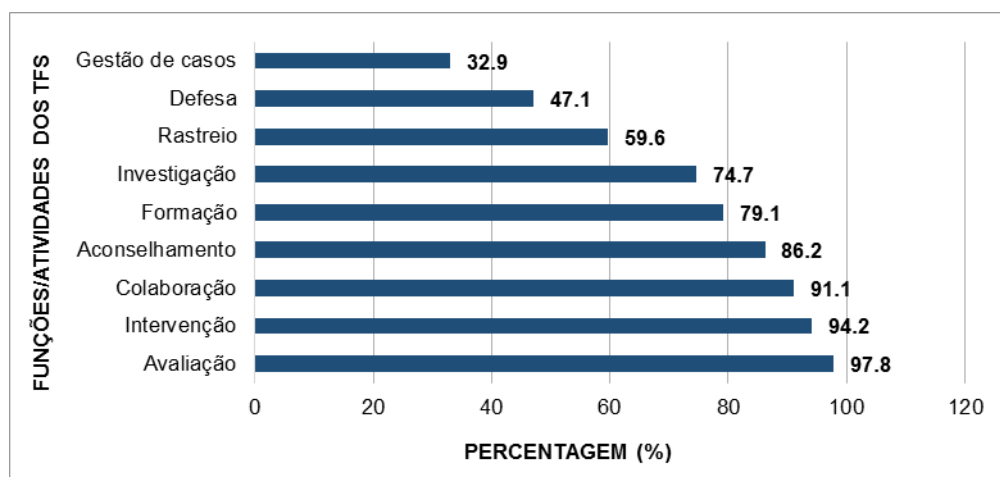


Figura 15 - Funções/Atividades que os terapeutas da fala consideram poder desempenhar na área da demência

### 5.9. Grau de confiança

Os TFs foram questionados acerca do seu grau de confiança na intervenção com pessoas com demência. Através da Figura 16 é possível visualizar que a maior parte dos respondentes (n=117; 50,9%) considera que o seu grau de confiança é razoável.

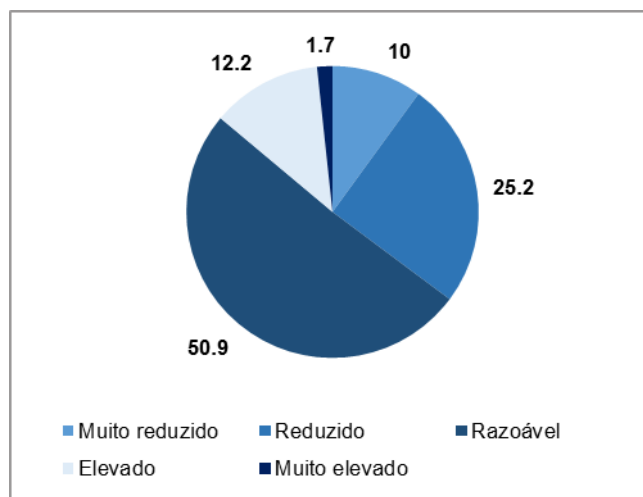


Figura 16 - Percentagem de terapeutas da fala que considerou cada grau de confiança

### 5.10. Divulgação das potencialidades da atuação do terapeuta da fala nesta população

A maior parte dos TFs inquiridos (n=229; 99,6%), considera importante divulgar as potencialidades da sua atuação junto de pessoas com demência, profissionais de saúde implicados, outros serviços e população em geral.

## **6. DISCUSSÃO**

### **6.1. Caracterização da amostra – Informação sociodemográfica**

Relativamente ao perfil sociodemográfico, optou-se apenas por três indicadores que, de modo geral, pudessem caracterizar os indivíduos integrantes da amostra do presente estudo. Relativamente ao género, a maior parte dos TFs inquiridos são do género feminino, à semelhança do que se tem verificado noutros estudos nacionais (Batista, 2011) e internacionais, nomeadamente no Brasil (Silveira et al., 2009). Tal tendência parece configurar-se de modo permanente e verificar-se noutras profissões da área da saúde (Martins et al., 2003; Silveira et al., 2009).

A média etária dos inquiridos é de  $29,3 \pm 6,6$  anos, estando de acordo com as faixas etárias predominantes noutros estudos, entre 20 e 40 anos (Batista, 2011; Silveira et al., 2009; Stefaneli, Monteiro, & Spinelli, 2004).

Quanto ao estado civil, e tendo em conta a faixa etária dos respondentes, verifica-se que estes são na sua maioria solteiros. Tal está de acordo com os indicadores sociais do Instituto Nacional de Estatística (INE), pois o número de casamentos tem vindo a diminuir nos últimos 15 anos, verificando-se um aumento da idade média para casar (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

### **6.2. Formação académica**

A maioria dos TFs tem como formação de base a Licenciatura, o que se compreende, tendo em conta as faixas etárias abrangidas, ou seja, os licenciados mais recentes já não obtiveram o grau de Bacharel, pela adequação do curso ao Processo de Bolonha. Esta deu-se a partir de 2008, levando à extinção do Bacharelato (Batista, 2011; Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala, 2004). Perante a comparação entre Portugal e outros países como o Brasil e os EUA, nestes últimos os TFs são profissionais mais qualificados, considerando as exigências. Segundo a ASHA (2012), nos EUA o grau mínimo exigido para um TF é o Mestrado. No entanto, no Brasil, aquilo que se verifica é um maior incentivo pela especialização em determinadas áreas, sendo que mais de metade dos Fonoaudiólogos (denominação dos TFs neste país) realiza cursos de especialização após terminar a licenciatura (Silveira et al., 2009; Stefaneli et al., 2004).

Apenas 36,9% dos respondentes deram continuidade à sua formação, optando por frequentar a Licenciatura (aqueles que apenas tinham Bacharelato), o Mestrado e/ou o Doutoramento. Sabe-se, por comparação a estudos efetuados anteriormente, nomeadamente o de Batista (2011), que há cada vez mais interesse dos terapeutas em frequentar outros graus académicos e uma crescente necessidade de aprofundar a sua formação. Tal demonstra uma maior preocupação com a melhoria dos serviços prestados, que vai ao encontro da crescente competitividade do mercado de trabalho, no qual as ofertas tendem a ser reduzidas e cada vez mais escassas (Batista, 2011). Por outro lado, ainda são escassos e de elevado custo monetário os mestrados e doutoramentos diretamente relacionados com a Terapia da Fala, pelo que alguns profissionais optam por enveredar por outras áreas mais abrangentes. Da mesma forma, alguns TFs optam por outros estabelecimentos de Ensino Superior, diferentes daqueles onde concluíram a sua formação de base. Ainda assim, os resultados obtidos neste estudo demonstram que é maior a proporção de TFs que frequenta mestrados na área da Terapia da Fala, do que doutoramentos, tendendo estes últimos a ser menos específicos da área.

De modo a averiguar-se a existência de UCs relacionadas com as AN em adultos, nomeadamente com a demência, os respondentes foram questionados acerca do plano de estudos da sua formação de base. Assim, verificou-se que tanto ao nível do Bacharelato como da

Licenciatura, foi maior a proporção de terapeutas que abordou algum conteúdo relacionado com a demência, mesmo que tenha sido apenas em parte de uma UC.

De facto, em Portugal, cada instituição de ensino superior delimita o plano de estudos para os cursos que pretende oferecer, publicando-os no Diário da República (Batista, 2011). No entanto, em 2004 e por iniciativa da APTF, foi criado o Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala, constituído por representantes de curso das diversas Escolas Superiores de Saúde e por membros da APTF. Este tem como objetivo delinear as competências e perfil da prática do TF em Portugal, estabelecendo igualmente o curriculum nacional mínimo para a formação deste profissional. Desta forma, foram definidas as áreas, conteúdos e respetivos créditos, que devem constituir o curriculum nacional mínimo do TF (ver Anexo 1) (Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala, 2004). Todavia, neste plano, apenas são definidas as grandes áreas que devem ser abordadas no 1º ciclo de formação, pelo que os planos de estudo das diversas instituições não têm que seguir exatamente a designação indicada por este grupo. Ou seja, a demência pode enquadrar-se nas grandes áreas referidas (i.e., Ciências do Comportamento, Comunicação, Linguagem e Fala ou Deglutição), no entanto não é um conteúdo claramente definido. Da mesma forma, o Comité *Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne* (CPLOL) e a *International Association of Logopedics and Phoniatrics* (IALP) estabeleceram os conteúdos a incluir na formação dos TFs, os quais, apesar de terem uma divisão diferente, são semelhantes aos definidos pelo Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala (International Association of Logopedics and Phoniatrics, 2010; Patterson, Leijenaar, & V-P Education, 2007; Rong-cheng & Grech, 2010).

Contrariamente, nos EUA, em 1991, a ASHA publicou diretrizes que delineavam cinco principais funções dos TFs e uma lista de competências que devem possuir para intervir junto de indivíduos com alterações neurocognitivas. Esta informação foi utilizada nos programas de formação destes profissionais, levando a que esta área fizesse obrigatoriamente parte dos conteúdos dos mesmos (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b).

### **6.3. Formação complementar na área da demência**

De entre os terapeutas inquiridos, apenas uma minoria (32,6%) frequentou algum tipo de formação complementar na área da demência. Tal sugere que apenas o fizeram aqueles que se deparam com essa necessidade, no sentido de se especializarem nos domínios e populações junto das quais estão a intervir. Ou seja, a formação inicial dos TFs deve abranger muitas áreas, como referido anteriormente, pelo que não é possível aprofundá-las a todas durante o percurso de Licenciatura. Assim, quando estes profissionais iniciam o seu trabalho sentem necessidade de formação em áreas específicas, optando por procurar formas complementares de as satisfazer (Batista, 2011).

Saliente-se que grande parte destas formações que aborda a demência não se destina diretamente aos TFs, mas a outros profissionais de saúde, da área social e cuidadores. Normalmente, estão incluídas no âmbito da Saúde Mental e Cuidados à população idosa.

Efetivamente, uma maior proporção de TFs indicou sentir necessidade de mais formação prática e académica e mais conhecimentos e competências de avaliação e intervenção. Tal indica que estes profissionais se preocupam com a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa com demência e com o aprofundamento de áreas ainda pouco exploradas. Este é um dado importante, pois sugere que as instituições que formam estes profissionais podem investir mais na formação neste domínio, assim como na divulgação de fontes de informação acerca do mesmo. Por outro lado, este dado sugere a necessidade de incluir, nos planos de estudos de formação ao nível de 1.º ciclo do ensino superior, estágios curriculares que potenciem a avaliação e intervenção junto de pessoas com demência. Provavelmente, o facto dos profissionais que supervisionam os estudantes em estágio não atuarem com frequência nesta área pode estar na origem das necessidades ao nível da formação prática, referidas pelos TFs.

#### 6.4. Situação profissional

Quanto à situação profissional dos respondentes, a grande maioria exerce as suas atividades no âmbito da Terapia da Fala, havendo apenas uma minoria (10,4%) que não o faz, tendo referido como motivos o desemprego, situações pontuais de incapacidade temporária ou trabalho noutras áreas. Esta percentagem é superior à verificada em estudos nacionais desenvolvidos em anos anteriores. Por exemplo, Batista (2011), no seu estudo, observou que apenas 3,5% de uma amostra de 258 TFs não exercia funções na Terapia da Fala (Batista, 2011). Por outro lado, estudos internacionais revelam percentagens mais elevadas (16,8%) de profissionais nestas condições, os quais alegam “insatisfação com o mercado de trabalho na área e até com a própria formação e campo de atuação” (Silveira et al., 2009).

A justificação pelos resultados verificados no presente trabalho pode passar pela atual conjuntura financeira que subsiste no país, acompanhada de condições de trabalho precárias e escassez de oportunidades. Segundo os Dados Estatísticos de Cursos Superiores, entre 2007 e 2012, a taxa nacional de TFs registados como desempregados no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) era de 8% (Ministério da Educação e Ciência, 2013). Neste momento não se dispõe de dados que permitam confirmar se ocorreu um aumento da taxa de desemprego, especificamente na Terapia da Fala. Contudo, sabe-se que a nível nacional esta tem vindo a crescer, à exceção do que se verifica no segundo trimestre de 2014 (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

Em Portugal, à semelhança do que se observa internacionalmente, o TF exerce funções em contexto público e privado. Nestes, existem quatro grandes áreas: saúde, social, educação e investigação e/ou docência, incluindo-se ainda o contexto privado, como os consultórios, gabinetes, clínicas privadas, entre outros (Batista, 2011; Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala, 2004). De acordo com declarações da presidente do secretariado nacional da APTF, prestadas em 2010, apenas uma pequena parte dos TFs que exerciam no nosso país, estavam integrados no sistema público de saúde. A justificação passava pelo reduzido número de vagas para estes profissionais nos hospitais, sendo que apenas nesse ano começaram a ser incluídos nos centros de saúde (Batista, 2011).

Em conformidade com o que se verifica em estudos nacionais e internacionais, a maior parte dos profissionais exerce as suas funções em contexto privado, nomeadamente em Clínicas (39,8%) (Batista, 2011; Silveira et al., 2009). Verifica-se também uma elevada percentagem de profissionais (36,4%) a exercer funções no âmbito da educação, nomeadamente em jardins-de-infância e escolas. Contudo, há que salientar que alguns dos terapeutas inquiridos acumulam funções no contexto privado com outros contextos de exercício profissional. Já noutros países, como nos EUA, a maioria dos TFs que exercem nas escolas (82%), por exemplo, tem o horário completo (com elevada remuneração), pelo que não realiza outro tipo de prática adicional (American Speech-Language-Hearing Association, 2010; Batista, 2011).

Com base na classificação de Joffe e Pring (2008), a grande maioria dos profissionais inquiridos são experientes (n=139; 67,5%), ou seja, possuem mais que três anos de experiência profissional, tendo algum domínio sobre a prática clínica e apenas 67 (32,5%) terapeutas são considerados inexperientes (possuem até três anos de experiência) (Joffe & Pring, 2008). Verificou-se uma maior percentagem de terapeutas com mais tempo de experiência profissional no presente estudo comparativamente ao estudo de Batista, o que faz sentido, uma vez que a Terapia da Fala é uma profissão recente, mas o número de profissionais formados tem vindo a crescer nos últimos anos (Batista, 2011).

Quanto à população alvo dos terapeutas inquiridos, a pediátrica é a mais referida, sendo que a maior parte trabalha com crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos. Tal coincide com as áreas em que os TFs trabalham maioritariamente, as quais dizem respeito a perturbações da linguagem e perturbações dos sons da fala nas crianças. Inversamente, segundo um levantamento feito pela ASHA, em 2013, a população alvo dos TFs inquiridos foi



maioritariamente a população adulta (60%), sendo que apenas 24% da população alvo dizia respeito a crianças em idade pré-escolar e escolar (American Speech-Language-Hearing Association, 2013a). O facto dos TFs em Portugal ainda trabalharem maioritariamente com crianças, pode justificar as necessidades ao nível da formação prática, referidas anteriormente. Ao longo da licenciatura os estudantes de Terapia da Fala fazem estágios curriculares, nos quais têm a oportunidade de aplicar as suas competências ao nível da avaliação e intervenção. Todavia, nestes estágios, avaliam e intervêm maioritariamente junto de populações infantis, ou quando o fazem junto de populações adultas/idasas esse trabalho decorre essencialmente noutras patologias, que não incluem a demência.

Verifica-se que em Portugal ainda existe alguma falta de informação relativamente ao papel do TF com outra população para além da infantil pois, de modo geral, este profissional é maioritariamente procurado para avaliar e intervir em casos de perturbações de linguagem e fala em crianças.

A profissão de TF encontra-se regulamentada e definida pelo Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro. Assim, esta profissão integra a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, sendo o TF o profissional responsável pelo “desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não-verbal” (Diário da República - I Série - A, 1999). Analisando esta definição estabelecida legalmente, e comparando-a com as várias definições provenientes de outras entidades internacionais (ASHA, IALP e CPLOL), nota-se, na primeira, a ausência de funções relacionadas com a avaliação e intervenção em alterações da deglutição, assim como funções relacionadas com a investigação científica. Tal leva a crer que em Portugal há ainda um longo caminho a percorrer, no sentido da difusão de todas as áreas e faixas etárias nas quais este profissional pode intervir.

## **6.5. Intervenção na área da demência**

Embora não tenha sido uma diferença significativa, um maior número de profissionais referiu já ter intervindo ou estar a intervir atualmente junto de pessoas com demência (n=120; 52,2%). O facto de que em Portugal não existam estudos que refiram a prevalência de TFs a intervir nesta área, faz crer que esta está ainda pouco divulgada. Porém, existem outras áreas de atuação deste profissional acerca das quais não existem estudos de prevalência, mas que estão bastante divulgadas. Provavelmente a diferença encontra-se na prioridade que é dada às mesmas ao nível da formação académica e prática, sendo que a demência não é uma área prioritária na formação académica e pós-graduada. De facto, o feedback dos TFs com quem foi possível interagir ao longo deste estudo, revela precisamente a falta de divulgação do seu papel nesta problemática.

Quase metade dos TFs (45,8%) acompanhou apenas entre um a três casos de demência, sendo que a maioria já acompanhou mais que três.

Num dos estudos realizado pela ASHA (2013), verifica-se que a demência encontra-se entre as principais áreas de intervenção dos TFs junto da população adulta. Da mesma forma, observa-se que a percentagem de tempo despendido na intervenção em demência (15%) é semelhante à do tempo despendido na intervenção em quadros afásicos (16%) (American Speech-Language-Hearing Association, 2013b).

No presente estudo, o quadro demencial mais comumente observado pelos TFs é a DA, tendo sido referida por 80% dos mesmos. Esta representa cerca de 70% dos casos de demência em Portugal, atingindo 90.000 indivíduos, de entre os 153.000 que padecem de demência. Mundialmente, a prevalência é semelhante, pelo que se espera que seja a causa mais frequente de demência e aquela com que os profissionais mais trabalham (Coelho et al., 2011; Neto et al., 2005).

O diagnóstico de uma síndrome demencial é essencialmente clínico, sendo estabelecido através do reconhecimento de sinais que incluem a deterioração das funções cognitivas, suficientemente marcada para interferir com o funcionamento do indivíduo. Desta forma, é essencial o envolvimento de distintos tipos de avaliação, e em muitos casos, a consulta de um médico especialista (i.e., neurologista, psiquiatra, neuropsicólogo), para além do médico de família ou de medicina geral (Coelho et al., 2011). Em Portugal, primeiramente, os casos de demência chegam aos cuidados de saúde primários, aquando do agravamento dos sintomas cognitivos, os quais causam um impacto significativo na capacidade dos indivíduos para realizar as suas atividades de vida diária. Nas unidades de cuidados primários, o médico de medicina geral e familiar inicia a avaliação do utente. Dadas as restrições existentes ao nível destes serviços e o limitado tempo da consulta, pode haver a necessidade de repartir a avaliação em várias ocasiões ou de proceder ao encaminhamento da pessoa para um médico especialista (Copeland et al., 2002; Pinho, 2008; Prince, Bryce, & Ferri, 2011). De facto, no presente estudo, os resultados vão ao encontro do que é referido pela literatura, sendo que a maioria dos terapeutas inquiridos referiu que o encaminhamento dos casos foi feito quer pelo Médico Neurologista, quer pelo Médico de Medicina Geral e Familiar.

A fase do processo demencial em que mais comumente é feito o encaminhamento coincide com a fase intermédia da síndrome (em quase 70% dos casos referidos), sendo que apenas em 29,2% dos mesmos o encaminhamento foi feito numa fase inicial. Deste modo, a grande maioria dos respondentes (65%) considerou que a fase de encaminhamento não foi adequada. Aquilo que se verifica normalmente nos sistemas de saúde é que os quadros demenciais são subdiagnosticados, e quando é feito o diagnóstico, normalmente é já numa fase avançada ou tardia do processo demencial. Tal ocorre, em parte, porque indivíduos e cuidadores apenas recorrem a ajuda médica quando os sintomas afetam com alguma severidade as suas atividades de vida diária. No entanto, o facto de poder existir algum desconhecimento por parte dos profissionais de saúde, das características que ocorrem na fase inicial de alguns quadros demenciais e a dificuldade em estabelecer o diagnóstico diferencial, podem estar na origem do atraso no encaminhamento dos casos (Pinho, 2008). A dificuldade é que algumas vezes os sintomas iniciais apresentados pelos indivíduos com demência podem confundir-se com o declínio cognitivo natural do processo de envelhecimento ou até com outras patologias associadas ao envelhecimento, como a depressão ou o delírio. Muitas vezes essas condições estão associadas e frequentemente os sintomas depressivos são uma forma de apresentação de determinados quadros demenciais, como a DA (Pinho, 2008; Reis et al., 2006). Desta forma, o acesso à informação, aconselhamento ao indivíduo e cuidadores e o acesso a uma via de intervenção eficaz, são passos necessários para que o diagnóstico se faça numa fase inicial, proporcionando os cuidados necessários desde o início dos sintomas até ao final de vida dos indivíduos. Para além do referido, este diagnóstico precoce permitirá reduzir a velocidade da deterioração cognitiva da pessoa com demência, assim como mantê-la funcional no seu contexto. Permitirá igualmente manter a qualidade de vida dos cuidadores e reduzir os custos ao nível social e dos cuidados de saúde (Prince et al., 2011).

Tendo em conta as áreas de atuação do TF nesta problemática e os sintomas apresentados normalmente pelas pessoas com demência, faz sentido que a maior parte dos encaminhamentos para a Terapia da Fala se faça pelas Alterações de Linguagem, Dificuldades na deglutição e Inteligibilidade reduzida, como referido pelos respondentes. De facto, mais de 80% dos inquiridos consideram que o encaminhamento foi feito pelas razões mais relevantes.

A colaboração que os TFs referem ter junto desta população, vai ao encontro do que foi referido anteriormente. Assim, uma vez encaminhados os casos, este profissional deve proceder a uma avaliação específica das capacidades de linguagem, comunicação, fala e deglutição, sendo estas as áreas mais frequentemente alteradas. Posteriormente, e delineado o plano de intervenção terapêutica, o TF procede ao tratamento nas áreas prioritárias, que segundo referido

pelos respondentes, correspondem na maioria das vezes à linguagem, comunicação e deglutição. Mais de 70% dos TFs referem ainda o aconselhamento à pessoa com demência e/ou cuidadores, o qual diz respeito ao provisionamento de estratégias para contornar algumas dificuldades e tornar a pessoa com demência mais funcional no seu meio envolvente. A avaliação e intervenção ao nível das alterações vocais, embora referidas por um reduzido número de terapeutas e não havendo na literatura informação que as suporte, são também uma realidade nesta problemática. Tal pode justificar-se pela série de alterações cognitivas e neurológicas decorrentes da própria síndrome, que nalguns casos pode gerar, por exemplo, excesso de tensão ao nível da musculatura laríngea e prováveis repercussões na qualidade vocal.

Quanto à abordagem de intervenção utilizada, mais de 80% dos TFs referem utilizar uma Abordagem Funcional, ou seja, baseada nas consequências das alterações para o próprio indivíduo e visando melhorar a sua capacidade de efetuar as suas atividades da vida diária. No entanto, alguns terapeutas referem utilizar uma combinação entre duas ou mais abordagens. Tanto esta abordagem como a social recorrem a modelos psicossociais para determinar o impacto da demência na participação nas atividades de vida diária, cujo objetivo é reduzir as consequências ou o impacto da síndrome. Desta forma, considera-se que estas devem ser as abordagens preferencialmente utilizadas na intervenção com as pessoas com demência, no sentido de promover uma intervenção gradualmente menos centrada nos défices (abordagem tradicional), e com maior enfoque nas capacidades residuais dos indivíduos. Estas permitir-lhes-ão ser funcionais nas suas tarefas diárias, aprender novas formas para compensar ou efetuar determinadas atividades e ser integrados no seu meio familiar e comunidade social como membros ativos (Matos, 2011; Papathanasiou, Coppens, & Potagas, 2013).

Todos os terapeutas inquiridos referem utilizar uma intervenção direta junto da população com demência, no entanto, mais de metade destes referem conjugá-la com uma intervenção indireta. Tal pode justificar-se pelo facto das abordagens de intervenção funcional e social requererem, para além de uma intervenção direta (centrada apenas na pessoa com demência), uma intervenção indireta por parte do TF. Este tipo de intervenção é feito junto de cuidadores, parceiros de comunicação, familiares ou outros profissionais de saúde que interajam com a pessoa com demência, com o objetivo *major* de aperfeiçoar as interações comunicativas da mesma e consciencializar os seus parceiros de comunicação acerca do seu papel nesta problemática. Esta consciencialização passa por definir e ensinar aos cuidadores estratégias individuais para melhorar a performance da pessoa com demência nas suas atividades, quer ao nível da comunicação, quer ao nível do processo de alimentação. Relativamente à comunicação, pode haver necessidade de criar sistemas de CAA, processo no qual os cuidadores devem participar, por estar mais próximos e conscientes das necessidades reais da pessoa com demência. Por outro lado, quanto à deglutição são necessárias medidas extraordinárias para garantir a segurança do indivíduo, através da adaptação postural no momento da alimentação ou manutenção da dieta alimentar, que pode incluir a modificação das consistências alimentares, nos casos mais severos. Os profissionais de saúde devem colaborar esta intervenção, sobretudo nos casos em que os indivíduos estão institucionalizados (Rangel, 1998; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009).

A intervenção indireta junto dos profissionais de saúde faz todo o sentido quando o trabalho do TF é realizado numa equipa multidisciplinar. Esta é normalmente composta por todos os profissionais de saúde que atuam ou que de algum modo estejam envolvidos no processo da doença, dos indivíduos com demência. Neste estudo mais de 60% dos TFs referem ter realizado a sua intervenção numa equipa multidisciplinar, o que é um bom indício, uma vez que é de todo o interesse, sobretudo para o indivíduo, que haja uma boa comunicação e articulação das intervenções por parte dos diferentes profissionais envolvidos. Trabalhar numa equipa multidisciplinar pressupõe o reconhecimento da pessoa como um sistema complexo e a noção de que um só profissional não pode atender a todas as suas necessidades. Esta proporciona

melhores cuidados ao utente e oferece condições de trabalho mais favoráveis para os profissionais implicados (Souza & Jardim, 1994). Assim, é um conceito que tem vindo a fortalecer-se, tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial na saúde, segundo o qual a saúde é definida como o bem-estar físico, mental e social (Tonetto & Gomes, 2006).

Mais de 70% dos terapeutas considera ter atingido ou estar a atingir os objetivos propostos na intervenção. Possivelmente, a grande maioria, opta por definir objetivos de intervenção realistas, tendo por base o natural curso degenerativo da síndrome demencial, o qual, a longo prazo acabará por impossibilitar que se verifiquem progressos quer ao nível das capacidades comunicativas, quer ao nível da alimentação. A determinada fase do processo demencial, o TF apenas consegue alcançar os seus objetivos com base numa intervenção indireta, baseada sobretudo no fornecimento de estratégias e no aconselhamento dos cuidadores, de modo a manter a pessoa com demência confortável e suficientemente funcional para comunicar as suas necessidades básicas (American Speech-Language-Hearing Association, 2005a; Prince, Prina, et al., 2013).

#### **6.6. Razões para a ausência de intervenção na demência**

Embora tenham sido em menor número os terapeutas que referiram não possuir qualquer experiência ao nível da atuação junto de pessoas com demência, a grande maioria (mais de 70%) aponta como razão nunca ter surgido nenhum caso. Este resultado pode explicar-se pelo facto de ainda existir alguma falta de consciencialização acerca do papel do TF nesta área, pelo que o encaminhamento dos casos por outros profissionais de saúde é ainda limitado. Por outro lado, o facto de alguns TFs exercerem em áreas incompatíveis com a demência também explica que não atuem a este nível, pois a grande maioria tem como público-alvo a população infantil, havendo apenas uma minoria que refere atuar junto de população adulta e idosa. Apesar de referidas por uma menor percentagem de profissionais, a ausência de formação na área e a insegurança e falta de convicção relativamente ao trabalho desenvolvido na área, são também razões apontadas por quase 10% dos TFs inquiridos. Estas podem explicar-se considerando a formação de base dos TFs, pois apesar de existirem conteúdos teóricos relativos à demência, que ainda assim parecem não ser suficientes, são poucos os terapeutas que têm a oportunidade de avaliar e intervir na prática curricular com esta população.

#### **6.7. Inclusão de unidades curriculares ou módulos relativos à demência na formação de base dos terapeutas da fala**

Noventa e sete por cento dos profissionais inquiridos consideram que devem ser incluídas UCs ou módulos relativos à demência, na formação de base dos TFs. É precisamente durante o primeiro ciclo de formação que os terapeutas adquirem grande parte dos conhecimentos que lhes permitirão exercer em conformidade e da forma mais adequada, as suas funções/atividades junto da população com a qual irão intervir.

Avaliar e intervir ao nível das alterações neurocognitivas em adultos e noutras problemáticas que afetam a população adulta/idosa tem vindo a ser uma necessidade emergente, atendendo ao atual envelhecimento populacional que se tem vindo a verificar (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012). Desta forma, denota-se a necessidade de reequacionar os planos de estudo das instituições de ensino superior que ministram cursos de Licenciatura em Terapia da Fala, de forma equitativa, abrangendo conteúdos totalmente dedicados à avaliação e intervenção nesta população.

#### **6.8. Funções/atividades que o terapeuta da fala pode desempenhar**

Até ao momento, apenas a ASHA e o RCSLT foram as entidades que publicaram estudos definindo as funções/atividades que o TF pode desempenhar na área da demência. No presente

estudo, mais de 90% dos terapeutas consideram que a avaliação, intervenção e colaboração são atividades/funções que também lhes competem. Tal justifica-se pelo facto de estas serem funções e atividades diretamente relacionadas com o papel que normalmente os TFs têm junto da população com a qual atuam. Ou seja, estes avaliam as capacidades linguísticas, articulatórias, comunicativas ou de deglutição e posteriormente traçam o seu plano de intervenção, no sentido de iniciar a aplicação de técnicas de intervenção que visem atingir os objetivos delineados. A colaboração passa igualmente pela intervenção indireta, que é feita junto de familiares, cuidadores e outros profissionais de saúde, verificando-se que esta é já uma realidade em Portugal, sobretudo pelo funcionamento das equipas multidisciplinares. Uma menor percentagem, embora significativa (mais de 70%), considera que o aconselhamento, formação e investigação também fazem parte das suas competências, destacando-se uma crescente preocupação dos profissionais da área pelo investimento na formação e educação contínua, com o objetivo de valorizar e/ou melhorar a sua prática profissional (Batista, 2011). As três funções/atividades assinaladas por um número mais reduzido de profissionais dizem respeito ao rastreio, defesa e por último à gestão de casos. De facto, e tendo em conta a atual visão dos TFs portugueses, profissionais de saúde e restante população relativamente à problemática da demência, é natural que estas últimas funções sejam menos consideradas. O rastreio diz respeito a ações que visem a identificação de indivíduos em risco. Esta iniciativa observa-se na realidade portuguesa, mas normalmente focada noutras problemáticas. Quanto à defesa e gestão de casos, faz sentido que não se reconheçam como competências dos TFs portugueses, uma vez que tais referências foram feitas por associações internacionais relativas a países onde o papel destes profissionais é reconhecido e afirmado há mais tempo (American Speech-Language-Hearing Association, 2005b; Royal College of Speech & Language Therapists, 2009). Para além disso, e relativamente à última função referida, dificilmente na nossa realidade o TF será o coordenador, gestor ou líder de uma equipa multidisciplinar que intervenha junto de uma pessoa com demência, pois normalmente estes casos chegam primeiramente a outros profissionais de saúde, sendo então, posteriormente, encaminhados para os TFs. Saliente-se que na realidade portuguesa, são os médicos das diversas especialidades que gerem, coordenam e lideram as equipas de trabalho multidisciplinar no âmbito clínico. Por outro lado, esta não é uma função habitualmente desempenhada pelo TF em Portugal, e não sendo a demência uma área de intervenção prioritária ao nível da sua formação de base, prevê-se que este profissional não esteja preparado para gerir e liderar equipas que intervenham com esta população.

#### **6.9. Grau de confiança**

Os resultados demonstraram que mais de 50% dos profissionais inquiridos revelaram ter um grau de confiança razoável relativamente à intervenção com pessoas com demência, sendo que apenas uma pequena percentagem (13,9%) de terapeutas refere ter um grau de confiança elevado ou muito elevado. Tais resultados seriam espectáveis uma vez que esta não é uma área prioritária na formação dos estudantes nem na formação pós-graduada. Por outro lado, o facto de a maior parte do público-alvo de intervenção destes profissionais corresponder à população infantil, faz com que dificilmente se deparem com público cujo perfil possa corresponder a pessoas com quadros demenciais. O contrário verifica-se noutras áreas, nas quais a globalidade dos TFs revela ter um elevado grau de confiança, como se verifica nas Perturbações de Fala e Linguagem na criança.

#### **6.10. Divulgação das potencialidades da atuação do terapeuta da fala nesta população**

Quase todos os terapeutas inquiridos (n=229; 99,6%) consideram que as potencialidades da atuação destes profissionais junto das pessoas com demência devem ser divulgadas. Note-se que esta divulgação deveria idealmente ser feita não só junto de profissionais de saúde que intervenham com esta população, mas também junto de outros serviços, cuidadores e população

em geral. Para tal, é necessário um esforço conjunto, que passa não só pelas entidades prestadoras de cuidados de saúde, mas também pelas próprias instituições de formação dos TFs e entidades que os representam, promovem, desenvolvem e divulgam as suas atividades, como a APTF e a SPTF. As primeiras entidades podem apostar, por exemplo, em panfletos informativos, ações de sensibilização para os profissionais de saúde, cuidadores e público em geral e partilha de informação em redes sociais e através da comunicação social. Já o foco das instituições de formação devem ser os conteúdos incluídos nos planos de estudo, os quais poderão ser mais direcionados para a população que padece de demência. Para além de serem abordadas generalidades sobre o assunto, como a descrição da síndrome, etiologias, sintomatologia e outras, deve aprofundar-se a formação específica ao nível de conhecimentos e competências de avaliação e intervenção, tanto junto da pessoa com demência como dos seus cuidadores e familiares próximos. Por outro lado, a disponibilização de estágios curriculares que propiciem a avaliação e intervenção junto desta população poderá dar resposta às necessidades práticas que se evidenciam. Relativamente às entidades que representam o grupo profissional dos TFs, estas têm como objetivos difundir, desenvolver e divulgar as suas atividades, devendo promover o desenvolvimento da profissão (Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 2014; Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2014). Desta forma, são um importante meio para divulgar e alcançar a consciencialização de profissionais de saúde, indivíduos com demência, cuidadores e população em geral, relativamente ao papel do TF nesta problemática. Assim, e havendo profissionais de saúde informados acerca destes benefícios, mais facilmente se poderá chegar aos locais onde a maior parte da população que padece desta síndrome se encontra, nas unidades de cuidados de longa duração, lares e residências sénior, podendo atempadamente e numa fase inicial da síndrome fornecer-lhe o apoio necessário.

#### **6.11. Limitações do estudo**

Este estudo apresentou algumas limitações, as quais se prendem maioritariamente com o método de recolha de dados utilizado. Apesar de o questionário ser acessível e de rápido preenchimento, não foi alcançada a amostra pretendida. Tal limitou de alguma forma a generalização de algumas conclusões, sobretudo porque não foi possível obter uma amostra representativa de todas as instituições de ensino superior que ministram a formação em Terapia da Fala. Ou seja, não se conseguiu obter um igual número de respondentes de cada instituição de formação. Por outro lado, o método de recolha de dados utilizado, questionário *online*, apesar de ser vantajoso por implicar um reduzido custo e pela possibilidade de abranger um elevado número de pessoas, apresenta algumas limitações. Primeiramente, há a possibilidade de se gerarem resultados não representativos da população, para além de que neste tipo de método a taxa de resposta tende a ser menor que a dos meios tradicionais. Tal pode justificar-se pela dificuldade em incentivar os inquiridos a responder ao questionário. Da mesma forma, há já uma vasta quantidade de estudos que tem vindo a utilizar este método, pelo que começa a ser desconsiderado pelos utilizadores dos serviços da Internet. Salienta-se ainda, como grande limitação, a impossibilidade de clarificar dúvidas acerca de questões ou tópicos, levando a que os respondentes desistam de prosseguir no preenchimento do questionário quando não compreendem alguma questão ou instrução.

## 7. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu inferir acerca da prática clínica do TF junto de adultos com alterações neurocognitivas, nomeadamente com demência.

Verificou-se que ao nível da formação de base, a grande maioria dos profissionais refere ter frequentado pelo menos parte de uma UC centrada em conteúdos relacionados com a demência. No entanto, esta informação não se traduz no grau de confiança que estes profissionais demonstram relativamente à intervenção junto de pessoas com demência. Tal leva a crer que, apesar dos TFs terem frequentado UCs cujos conteúdos teóricos estavam relacionados com esta síndrome, há necessidade de mais formação prática, a qual apenas se consegue através de estágios curriculares em que os formandos tenham a oportunidade de avaliar e intervir junto desta população. O grau de confiança da maioria dos TFs constata-se igualmente pelo facto de a amostra estar quase equitativamente dividida pela proporção de TFs que intervêm atualmente ou já interveio junto de pessoas com demência e aqueles que nunca o fizeram, sendo que na sua maioria, estes últimos trabalham com outro tipo de população que não a idosa.

De facto, a maior parte das necessidades que os TFs referem nesta área, prendem-se com a formação prática e académica e com os conhecimentos e competências de avaliação e intervenção, os quais são a base para que este profissional possa desempenhar o seu papel adequadamente junto desta população.

Apesar de ser ainda reduzido o número de TFs que refere ter intervindo ou estar a intervir na área da demência, a maior parte destes afirma já ter acompanhado mais que três casos, essencialmente com DA. O facto de alguns profissionais referirem não saber perante que quadro demencial estariam, indica que existe alguma falta de informação acerca desta temática, quer ao nível da caracterização da própria síndrome, quer ao nível dos critérios de diagnóstico. Por outro lado, e tendo em conta que normalmente os casos de demência chegam à Terapia da Fala através da referenciação por outros profissionais de saúde, pode existir por parte dos mesmos a ausência de um diagnóstico diferencial, pelo que chegam ao TF como casos não diagnosticados.

A justificação para a reduzida intervenção por parte dos TFs nesta área, pode passar pelas políticas e sistemas de encaminhamento e consequentemente pelo processo de encaminhamento. A fase de encaminhamento é pois um fator decisivo no papel que o TF poderá desempenhar junto da pessoa com demência e seus cuidadores, sendo mais benéfico que este se faça simultaneamente à deteção dos primeiros sintomas ao nível da memória, comunicação e linguagem. Todavia, este passo requer uma maior divulgação e informação junto de indivíduos com demência, cuidadores e profissionais de saúde, acerca da caracterização, sintomatologia, decurso e diagnóstico da própria síndrome, de modo a que atempadamente e numa fase inicial se proceda à deteção dos sintomas e encaminhamento dos casos para os profissionais mais indicados.

A colaboração que os TFs referem ter junto de pessoas com demência indica que estes não só procedem a uma intervenção direta, como a uma intervenção indireta, a qual é de todo benéfica nestes casos em que os indivíduos perdem a capacidade para efetuar as suas atividades diárias de forma autónoma. O facto de a maioria dos terapeutas referir realizar uma intervenção em equipa multidisciplinar e ter atingido ou estar a atingir os objetivos de intervenção propostos, indica que o TF pode fazer a diferença nesta problemática, sendo uma mais-valia a sua pertença às referidas equipas. Neste sentido, este pode fornecer técnicas e estratégias ao nível da comunicação, linguagem, fala e deglutição, que permitem aos outros profissionais de saúde e cuidadores compreender a pessoa com demência, ajudá-la a ser funcional no meio onde se insere e aumentar a sua qualidade de vida, mantendo-a confortável e segura.

Em suma, de modo a tornar o TF mais proactivo nesta problemática, há um longo caminho a percorrer. Este passa primeiramente pela divulgação do seu papel na área da demência por parte das entidades profissionais que representam os TFs. Por outro lado, as instituições de

formação devem possibilitar um maior desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção junto desta população, durante a formação de base dos TFs, essencialmente através de uma reforçada formação prática. Verifica-se igualmente necessário disponibilizar mais formação pós-graduada e especialmente dirigida a estes profissionais, relativamente ao seu papel nesta problemática, e o desenvolvimento de mais estudos científicos acerca da sua atuação, em Portugal.

Note-se que apesar da dificuldade na recolha de fontes bibliográficas com dados adaptáveis e referentes à realidade portuguesa, este estudo visa precisamente contribuir para a literatura nacional, no sentido de fornecer informações úteis ao papel do TF na área da demência. Tal considera-se um ponto forte do presente estudo, face à referida ausência de estudos realizados em Portugal relativamente a esta temática, mas também à escassez de literatura que se verifica no panorama internacional.

Em trabalhos futuros, poderão aprofundar-se questões relativas ao encaminhamento dos casos para a Terapia da Fala, que embora tenham sido referidas, não puderam ser devidamente exploradas. São exemplo destas, a relação entre a fase de encaminhamento e tipo de intervenção utilizada e os resultados obtidos ao nível da intervenção terapêutica. Da mesma forma, o presente estudo sugere a necessidade de se desenvolverem outros estudos que analisem a eficácia da intervenção do TF junto de pessoas com demência e de se compreender a perceção de outros profissionais de saúde relativamente ao trabalho do TF nesta área.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2014). ACSS, Administração Central do Sistema de Saúde. *Listagem dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica*. Retrieved from <http://tdt-rhs.min-saude.pt/pages/entradaacss.aspx?ReturnUrl=/APP/UserProcess/DEFAULT.ASPX>
- Alexander, J., & Kramer, M. (2010). Enter Stage Right: A Script For Dementia Intervention. In *Asha Convention 2010*. Philadelphia.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (Psiquilibrios Edições, Ed.) (5ª edição.). Braga.
- Almeida, O. (1999). Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2). Retrieved from [http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(78\).htm](http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(78).htm)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5* (Fifth.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2005a). The Roles of Speech-Language Pathologists Working With Individuals With Dementia-Based Communication Disorders: Position Statement. *American Speech-Language-Hearing Association*. American Speech-Language-Hearing Association. doi:10.1044/policy.PS2005-00118
- American Speech-Language-Hearing Association. (2005b). The Roles of Speech-Language Pathologists Working With Individuals With Dementia-Based Communication Disorders: Technical Report. *American Speech-Language-Hearing Association*. American Speech-Language-Hearing Association. doi:10.1044/policy.TR2005-00157
- American Speech-Language-Hearing Association. (2010). *SLP Workforce/ Work Conditions*.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2013a). *SLP Health Care Survey 2013 - Caseload Characteristics*. Rockville.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2013b). *SLP Health Care Survey Report: Caseload Characteristics Trends*.
- Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. (2014). Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. *A Associação*. Retrieved from <http://www.aptf.org/#!a-associacao/cvgv>
- Bartlett, J. E., Kotrlik, J. W., & Higgins, C. C. (2001). Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 19(1), 43–50.
- Batista, J. (2011). *O Perfil do Terapeuta da Fala em Portugal*. Universidade de Aveiro.
- Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 7–10.
- Chagas, A. (n.d.). O questionário na pesquisa científica.

- Chau, F., Soares, C., Fialho, J., & Sacadura, M. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Universidade Católica Portuguesa.
- Chaves, M. L. F. (2000). Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 7(4), 372–382.
- Coelho, E., Martins, F., Oliveira, J., Rocha, J., & Terrível, J. (2011). Perturbações | Doença de Alzheimer. *Portal para Familiares e Cuidadores de doentes de Alzheimer*. Retrieved March 26, 2014, from <http://cuidadores-alzheimer.web.ua.pt/perturbacoes.html>
- Copeland, J., Abou-Saleh, M., & Blazer, D. (2002). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. (J. R. Copeland, M. T. Abou-Saleh, & D. G. Blazer, Eds.) (segunda.). Londres: John Wiley & Sons, LTD.
- Da Costa, A. P. (2000). Desenhos de estudo. *MedStatWeb*.
- Diário da República - I Série - A. Ministério da Saúde (1999). Portugal.
- Dillman, D., Tortora, R., & Bowker, D. (1999). Principles for constructing web surveys, 1–16.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17695343>
- Ferri, C. P., Sousa, R., Albanese, E., Ribeiro, W. S., & Honyashiki, M. (2009). *World Alzheimer Report 2009*. (M. Prince & J. Jackson, Eds.). Alzheimer's Disease International.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação - Da concepção à realização* (Lusociênci.). Loures.
- Garcia, C., Costa, C., Guerreiro, M., Leitão, O., Mendonça, A., & Umbelino, J. (1994). Estimativa da prevalência da demência e da doença de Alzheimer em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 487–491.
- Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala. (2004). Implementação do processo de bolonha e a formação na área da Terapia da Fala.
- Hill, M. (2005). *Investigação por questionário*. (Edições Sílabo, Ed.) (2ª edição.). Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). Estatísticas demográficas 2012. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Estatísticas do Emprego 2014*. Lisboa.
- International Association of Logopedics and Phoniatrics. (2010). Revised IALP Education Guidelines (September 1, 2009): IALP Guidelines for Initial Education in Speech-Language Pathology. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 62, 210–216.
- Israel, G. (2013). Determining Sample Size, 1–5.
- Joffe, V., & Pring, T. (2008). Children with phonological problems: a survey of clinical practice. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43, 154–164.
- Krejcie, R., & Morgan, D. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 38, 607–610.

- Martins, J., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Hipólito, F., Carrolo, M., & Ferrinho, P. (2003). Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19.
- Matos, A. (2011). Diapositivos da Unidade Curricular de Metodologias de Intervenção II. Aveiro.
- Mesulam, M. (2001). Primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, 49(4), 425–32.
- Ministério da Educação e Ciência. (2013). Dados e Estatísticas de Cursos Superiores. *Governo de Portugal*. Retrieved September 27, 2014, from <http://infocursos.mec.pt/>
- Montaño, B. M., & Ramos, L. R. (2005). Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Revista Saúde Pública*, 39(6), 912–7.
- National Collaborating Centre for Mental Health, & Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit. (2011). *Dementia - The NICE-SCIE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care* (Vol. 2011). Great Britain: The British Psychological Society and Gaskell & The Royal College of Psychiatrists.
- Neto, J. G., Tamellini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 119–130.
- Oliveira, V. (2009). *Demências - Diapositivos da Unidade Curricular de Gerontomotricidade*. Évora.
- Papathanasiou, I., Coppens, P., & Potagas, C. (2013). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (Jones & Bartlett Learning, Ed.). Burlington: David Cella.
- Patterson, A., Leijenaar, B., & V-P Education. (2007). *Revision of the Minimum Standards for Education Completed by the Education Commission Adopted at the General Assembly*. Riga.
- Pinho, L. (2008). *Demência: A marcha diagnóstica no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários*. Universidade da Beira Interior.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 9(1), 63–75. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.007
- Prince, M., Bryce, R., & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report 2011 - The benefits of early diagnosis and intervention*. Alzheimer's Disease International.
- Prince, M., Prina, M., & Guerchet, M. (2013). *World Alzheimer Report 2013 - Journey of Caring*. Alzheimer's Disease International.
- Rabins, P. V., Schneider, L. S., Tariot, P. N., & Anzia, D. J. (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life*. (L. J. Fochtmann, Ed.) *American ...* (Second.). Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Practice+Guideline+for+the+Treatment+of+Patients+With+Alzheimer+'s'+Disease+and+Other+Dementias#3>
- Rangel, F. (1998). *Disfagia no adulto - O papel do fonoaudiólogo e nutricionista*. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.

- Reis, B., Bezerra, A., Vilela, A., Keusen, A., Marinho, V., Paula, E., & Laks, J. (2006). Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 52(6), 401–4.
- Robillard, A. (2007). Clinical diagnosis of dementia. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 3(4), 292–8. doi:10.1016/j.jalz.2007.08.002
- Rockwood, K., Bouchard, R. W., Camicioli, R., & Léger, G. (2007). Toward a revision of criteria for the dementias. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 3(4), 428–40. doi:10.1016/j.jalz.2007.07.014
- Rong-cheng, L., & Grech, H. (2010). IALP Guidelines for Initial Education in Speech-Language Pathology. *Revista Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 15(3), 478–9. doi:10.1159/000314782
- Royal College of Speech & Language Therapists. (2009). RCSLT Resource manual for commissioning and planning services for SLCN - Dementia.
- Saris, W., & Gallhofer, I. (2014). *Design, Evaluation, and Analysis of Questionnaires for Survey Research* (2ª edição.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Silveira, C., Barbosa, J., Andrade, D., Kishi, J., Melo, P., & Calado, R. (2009). *Perfil de formação especializada e inserção no mercado de trabalho do Fonoaudiólogo no estado de São Paulo*. São Paulo.
- Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. (2014). Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. *Estatutos da Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala*. Retrieved from [http://www.sptf.org.pt/docs/ESTATUTOS\\_SOCIAIS\\_SPTF\\_\\_2014.pdf](http://www.sptf.org.pt/docs/ESTATUTOS_SOCIAIS_SPTF__2014.pdf)
- Souza, A., & Jardim, P. (1994). A enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional - relato de experiência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 2(1), 5–17.
- Stefaneli, F., Monteiro, K., & Spinelli, R. (2004). Perfil do Fonoaudiólogo na cidade de São José dos Campos. *Revista CEFAC*, 6(1), 101–105.
- Tonetto, A., & Gomes, W. (2006). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Jornal Livre*. Retrieved from <http://www.jornallivre.com.br/16123/a-pratica-do-psicologo-hospitalar-em-equipe-multidisciplinar.html>
- Vasconcellos, L., & Guedes, L. (2007). E-Surveys: Vantagens e Limitações dos Questionários Eletrônicos via Internet no Contexto da Pesquisa Científica.
- World Health Organization. (2012a). Dementia. *World Health Organization*. World Health Organization. Retrieved March 25, 2014, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>
- World Health Organization. (2012b). Dementia: a public health priority. *World Health Organization*. World Health Organization. Retrieved March 25, 2014, from [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/)

## **APÊNDICES**

### **Apêndice 1 - Questionário desenvolvido para a recolha de dados**

#### **O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos**

##### **I – Informação sociodemográfica**

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Género:**

- Masculino
- Feminino

**Estado civil:**

- Solteiro
- Casado
- Viúvo
- Divorciado

##### **II – Formação Académica**

**Qual é a sua formação de base?**

- Bacharelato
- Licenciatura

**Para além do bacharelato possui mais alguma habilitação académica?**  
(pode indicar alguma que ainda esteja a concluir)

- Sim
- Não

**Se sim, indique qual ou quais:**

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Licenciatura e Mestrado
- Licenciatura e Doutoramento
- Mestrado e Doutoramento
- Licenciatura, Mestrado e Doutoramento

##### **Bacharelato**

**Ano de conclusão:** \_\_\_\_\_

**Instituição:**

- Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde de Aveiro

- Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde
- Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
- Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria
- Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde
- Escola Superior de Saúde do Alcoitão
- Escola Superior de Saúde Egas Moniz
- Instituto Superior de Saúde do Alto Ave
- Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica
- Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa
- Outra \_\_\_\_\_

**No seu plano curricular, quantas unidades curriculares frequentou na área das alterações neurocognitivas em adultos, mais especificamente relacionadas com a demência?**

- Nenhuma
- Parte de uma unidade
- Uma
- Duas
- Outra \_\_\_\_\_

#### **Licenciatura**

**Ano de conclusão:** \_\_\_\_\_

#### **Instituição:**

- Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde de Aveiro
- Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde
- Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
- Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria
- Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde
- Escola Superior de Saúde do Alcoitão
- Escola Superior de Saúde Egas Moniz
- Instituto Superior de Saúde do Alto Ave
- Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica
- Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa
- Outra \_\_\_\_\_

**No seu plano curricular, quantas unidades curriculares frequentou na área das alterações neurocognitivas em adultos, mais especificamente relacionadas com a demência?**

- Nenhuma
- Parte de uma unidade
- Uma
- Duas
- Outra: \_\_\_\_\_

#### **Mestrado**

**Designação do Mestrado:** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Está concluído?**

- Sim
- Não

**Se sim, ano de conclusão** \_\_\_\_\_

**No seu plano curricular, quantas unidades curriculares frequentou na área das alterações neurocognitivas em adultos, mais especificamente relacionadas com a demência?**

- Nenhuma
- Parte de uma unidade
- Uma
- Duas
- Outra: \_\_\_\_\_

**O tema da sua dissertação estava ou está relacionado com a área das alterações neurocognitivas em adultos, nomeadamente com a demência?**

- Sim
- Não
- Ainda não sei

### **Doutoramento**

**Designação do Doutoramento:** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Está concluído?**

- Sim
- Não
- Se sim, ano de conclusão \_\_\_\_\_

**No seu plano curricular, quantas unidades curriculares frequentou na área das alterações neurocognitivas em adultos, mais especificamente relacionadas com a demência?**

- Nenhuma
- Parte de uma unidade
- Uma
- Duas
- Outra: \_\_\_\_\_

**O tema da sua tese estava ou está relacionado com a área das alterações neurocognitivas em adultos, nomeadamente com a demência?**

- Sim
- Não
- Ainda não sei

### **III - Situação Profissional**

**Qual é a sua situação profissional atual?**

- Empregado(a) a tempo inteiro
- Empregado(a) a tempo parcial
- Desempregado(a)
- Outro \_\_\_\_\_

**Está atualmente a exercer a sua atividade profissional em Terapia da Fala?**

- Sim
- Não

**Instituição onde exerce maioritariamente a sua atividade profissional:**

(pode selecionar mais do que uma opção)

- Hospital
- Jardim-de-infância/ Escola
- Clínica
- Centro de saúde
- Instituição particular de solidariedade social
- Lar de idosos
- Instituição de Ensino Superior
- Outro \_\_\_\_\_

**Tempo de experiência profissional:**

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 3 anos
- Entre 3 e 6 anos
- Entre 6 e 10 anos
- Mais de 10 anos

**Qual é a idade aproximada da população com que trabalha maioritariamente?**

- 0 - 18 meses
- 18 meses - 3 anos
- 3 - 6 anos
- 6 - 12 anos
- 12 - 20 anos
- 21 - 65 anos
- Mais de 65 anos

**Qual é a sua área de especialização, ou seja, aquela em que trabalha maioritariamente?**

(pode selecionar mais do que uma opção)

- Perturbações de linguagem na criança (e.g., perturbações primárias, perturbações secundárias a deficiência auditiva, deficiência mental, etc.)
- Perturbações dos sons da fala (e.g., perturbação articulatória, perturbação fonológica)
- Perturbações de fala/linguagem em adultos após Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Perturbações vocais
- Perturbações da fluência
- Perturbações da deglutição



- Perturbações de fala/linguagem em adultos por diversas etiologias (e.g., doenças neurodegenerativas, demência, etc.)
- Perturbações da deglutição decorrentes de diversas etiologias (e.g., doenças neurodegenerativas, demência, etc.)
- Outro \_\_\_\_\_

#### **IV – Formação complementar na área da demência**

##### **Já frequentou formação complementar na área da demência?**

- Sim
- Não

##### **Se sim, que tipo de formação?**

(pode selecionar mais do que uma opção)

- Pós-graduações
- Seminários
- Congressos
- Jornadas
- Ações de Formação
- Outra \_\_\_\_\_

##### **Relativamente a esta temática, sente necessidade de:**

(pode selecionar mais do que uma opção)

- Mais formação académica
- Mais formação prática
- Mais conhecimentos e competências de avaliação
- Mais conhecimentos e competências de intervenção
- Bibliografia em português
- *Web sites* com informação fidedigna
- Acesso a estudos recentes realizados em Portugal
- Acesso a estudos recentes desenvolvidos internacionalmente
- Outra \_\_\_\_\_

#### **V – Intervenção na área da demência**

##### **Já interveio ou intervém atualmente junto de pessoas com demência?**

- Sim
- Não

##### **Se sim, em quantos casos aproximadamente já interveio, considerando o seu tempo de experiência profissional?**

- Um a três
- Três a dez
- Mais que dez

**Em que tipo de demência?**

(pode seleccionar mais do que uma opção)

- Doença de Alzheimer
- Demência Vascular
- Demência por corpos de Lewy
- Demência Frontotemporal (por exemplo Afasia Progressiva Primária)
- Não sabe
- Outra \_\_\_\_\_

**Por quem foi feito o encaminhamento do ou dos casos de demência?**

(pode seleccionar mais do que uma opção)

- Médico de medicina geral e familiar
- Médico neurologista
- Médico psiquiatra
- Psicólogo ou Neuropsicólogo
- Outra \_\_\_\_\_

**Em que fase do processo demencial foi feito o encaminhamento do ou dos casos?**

(pode seleccionar mais do que uma opção)

- Fase inicial (fase que muitas vezes passa despercebida, sintomas confundidos com o processo normal de envelhecimento)
- Fase intermédia (sintomas mais evidentes e específicos, dificuldade em efetuar as atividades da vida diária de forma independente)
- Fase tardia (proximidade de um estado total de dependência e inatividade, alterações de memória cada vez mais severas e afeção física evidente)
- Não sabe

**Quais as razões apontadas para o encaminhamento para a Terapia da Fala?**

(pode seleccionar mais do que uma opção)

- Alterações vocais
- Alterações na articulação verbal
- Inteligibilidade reduzida
- Alterações de linguagem
- Dificuldade de controlo respiratório
- Dificuldades na deglutição
- Outros problemas referidos pela pessoa com demência
- Outros problemas referidos pelos cuidadores
- Outro

**Considera que este encaminhamento foi feito pelas razões mais relevantes?**

- Sim
- Não

**Considera que o mesmo foi feito na fase adequada?**

- Sim
- Não

**Que tipo de colaboração teve ou tem junto desta população?**

(pode selecionar mais do que uma opção)

- Avaliação de sintomas para diagnóstico inicial da demência (a pedido de outro profissional de saúde)
- Avaliação de capacidades de comunicação
- Avaliação de capacidades linguísticas (nomeação, descrição, escrita...)
- Avaliação da fala
- Avaliação da capacidade de deglutição
- Avaliação de características vocais
- Intervenção ao nível da comunicação
- Intervenção ao nível da linguagem
- Intervenção ao nível da fala
- Intervenção ao nível da deglutição
- Intervenção nas alterações vocais
- Aconselhamento à pessoa com demência e/ou cuidadores
- Orientação de outros profissionais de saúde
- Outra \_\_\_\_\_

**Qual o tipo de abordagem utilizada?**

(pode selecionar mais do que uma opção)

- De base tradicional/restauradora (com o objetivo de reduzir o défice e melhorar as capacidades afetadas da pessoa com demência)
- De base funcional (com o objetivo de reduzir as limitações da pessoa com demência no desempenho das atividades de vida diária)
- De base social (com o objetivo de reduzir as restrições à participação da pessoa com demência no seu meio)

**Que tipo de intervenção fez ou faz?**

(pode selecionar mais do que uma opção)

- Intervenção direta (junto da pessoa com demência)
- Intervenção indireta (juntos dos cuidadores e outros profissionais de saúde)

**A intervenção foi ou é realizada numa equipa multidisciplinar?**

- Sim
- Não

**Considera ter atingido ou estar a atingir os seus objetivos de intervenção?**

- Sim
- Não

**Por que razão nunca interveio em nenhum quadro demencial?**

(pode selecionar mais do que uma opção)

- Nunca surgiu nenhum caso
- Área de atuação incompatível (população infantil, por exemplo)
- Ausência de formação na área
- Insegurança e falta de convicção relativamente ao trabalho desenvolvido nesta área
- Outra \_\_\_\_\_

**Considera que a demência deve ser uma das áreas incluídas na formação de base do Terapeuta da Fala?**

- Sim
- Não
- Não sabe

**Que tipo de funções considera que o Terapeuta da Fala pode desempenhar junto de pessoas com demência?**

- Rastreio (identificação de indivíduos em risco)
- Avaliação (de perturbações da comunicação e deglutição subjacentes ao quadro demencial)
- Intervenção (ao nível das capacidades afetadas, junto da pessoa com demência ou seus cuidadores)
- Aconselhamento (à pessoa com demência e cuidadores sobre o processo demencial)
- Colaboração (com outros profissionais no desenvolvimento de planos de intervenção que visem manter as capacidades cognitivas e comunicativas num nível funcional)
- Gestão de casos (gestão, coordenação ou liderança da equipa multidisciplinar de intervenção)
- Formação (promoção da formação de futuros Terapeutas da Fala na área, assim como de famílias, cuidadores e outros profissionais)
- Defesa (das necessidades e direitos das pessoas com demência)
- Investigação (apoio e investimento em projetos de investigação)

**Qual é o seu grau de confiança na intervenção com pessoas com demência?**

- Muito Elevado
- Elevado
- Razoável
- Reduzido
- Muito reduzido

**Considera importante divulgar as potencialidades da atuação do Terapeuta da Fala junto de pessoas com demência, profissionais de saúde implicados, outros serviços e população em geral?**

- Sim
- Não

## Apêndice 2 - Visualização do questionário em formato *online* no Google Drive

O papel do Terapeuta da Fala x O papel do Terapeuta da Fala x

← → ↺ [https://docs.google.com/forms/d/18XM6A\\_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform](https://docs.google.com/forms/d/18XM6A_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform)

Aplicações facebook youtube rfm Google Académico Save to Mendeley click <3 PROJECTO 4º ANO Receitas Terapia da Fala Música Interessante!

Este questionário destina-se a recolher informações sobre a prática clínica dos Terapeutas da Fala em Portugal, junto de adultos com alterações neurocognitivas, especificamente com demência.

Esta investigação está a ser desenvolvida no âmbito do Mestrado em Ciências da Fala e da Audição da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, sob a orientação científica da Doutora Marisa Lousada e Doutora Daniela Figueiredo.

As respostas devem ter por base a sua opinião e experiência académica e profissional. Considere que não há respostas certas nem erradas.

Nalgumas questões existem várias opções de resposta e deve escolher a opção/opções que considere mais adequada(s).

Uma vez que se trata de um formulário eletrónico, pode alterar as suas respostas sempre que desejar (seleccionando as opções "continuar" ou "anterior"), antes de dar por concluído e submetido o preenchimento do questionário.

Sempre que seleccionar a opção "outra" como resposta, escreva no espaço à frente a designação apropriada para o seu caso.

O questionário é anónimo e os dados serão utilizados exclusivamente no âmbito deste trabalho de investigação.

O tempo necessário para o preenchimento do questionário varia entre 5 a 10 minutos.

A qualquer momento pode interromper o seu preenchimento, caso não pretenda prosseguir.

Agradeço que o questionário seja preenchido apenas uma vez por cada Terapeuta da Fala, de modo a garantir dados fiáveis e a qualidade do estudo.

Desde já agradeço sua colaboração.

A investigadora,  
Jossie Nóbrega  
([jossienobrega@ua.pt](mailto:jossienobrega@ua.pt))

Ilustração 1 - Visualização do texto de apresentação do questionário *online*

O papel do Terapeuta da Fala x

← → ↺ [https://docs.google.com/forms/d/18XM6A\\_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform](https://docs.google.com/forms/d/18XM6A_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform)

Aplicações facebook youtube rfm Google Académico Save to Mendeley click <3 PROJECTO 4º ANO Receitas Terapia da Fala Música

Agradeço que o questionário seja preenchido apenas uma vez por cada Terapeuta da Fala, de modo a garantir dados fiáveis e a qualidade do estudo.

Desde já agradeço sua colaboração.

A investigadora,  
Jossie Nóbrega  
([jossienobrega@ua.pt](mailto:jossienobrega@ua.pt))

**\*Obrigatório**

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos do presente estudo. Poderei recusar a todo o tempo a minha participação no mesmo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo. Compreendo que os resultados do estudo podem ser publicados em revistas científicas, apresentados em conferências e utilizados noutras investigações, sem que haja qualquer quebra de confidencialidade. \*

☐ Dou autorização para a utilização dos dados para estes fins e consinto que me seja aplicado o questionário proposto pelo investigador.

☐ Não dou autorização para a utilização dos dados para estes fins e não consinto que me seja aplicado o questionário pelo investigador.

Continuar »

5% concluído

Ilustração 2 - Consentimento informado no questionário *online*

O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos

\*Obrigatório

### Intervenção na área da demência

Já interveio ou intervém atualmente junto de pessoas com demência? \*

☐ Sim  
☐ Não

« Anterior Continuar »

89% concluído

Com tecnologia Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.  
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

**Ilustração 3 - Visualização da dimensão “Intervenção na área da demência” no questionário online**

O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos

\*Obrigatório

### Situação Profissional

Qual é a sua situação profissional atual? \*

☐ Empregado(a) a tempo inteiro  
☐ Empregado(a) a tempo parcial  
☐ Desempregado(a)  
☐ Outra:

Está atualmente a exercer a sua atividade profissional em Terapia da Fala? \*

☐ Sim  
☐ Não

« Anterior Continuar »

73% concluído

**Ilustração 4 - Visualização da dimensão “Situação Profissional” no questionário online**

### **Apêndice 3 - E-mail enviado aos terapeutas da fala com o pedido de colaboração na fase de pré-teste**

**Assunto:** Colaboração na fase de Pré-Teste da investigação "O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos"

Boa tarde,

No âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição na Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, intitulada "O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos", desenvolvi um questionário com o objetivo de recolher informações sobre a prática clínica dos Terapeutas da Fala em Portugal junto desta população, mais especificamente, junto de pessoas com demência. Esta investigação está a decorrer sob a orientação científica da Doutora Marisa Lousada e Doutora Daniela Figueiredo.

Correspondendo o pré-teste a uma das fases metodológicas da presente investigação e a uma das principais etapas envolvidas na conceção de um questionário, venho por este meio solicitar a vossa colaboração neste processo. Pela mesma razão peço que não divulguem ainda o questionário.

Pretende-se então que cada um de vós proceda ao preenchimento do questionário online, que se encontra no *link*:

[https://docs.google.com/forms/d/18XM6A\\_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/18XM6A_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform?usp=send_form)

Após o preenchimento agradecia que me fizessem chegar, via *e-mail*, o vosso parecer relativamente a:

- Clareza das instruções e outras frases de esclarecimento
- Clareza e ambiguidade da formulação das questões
- Possíveis resistências em responder a determinadas questões
- Adequação e suficiência das opções de resposta
- Adequação da sequência e transição das dimensões avaliadas
- Omissão de informação importante
- Tempo necessário para o preenchimento
- Apresentação geral do questionário (estrutura, imagem, clareza)
- Comentários complementares que considerem relevantes (sugestões, críticas, entre outros)

Grata pela vossa colaboração.

Os melhores cumprimentos,

A investigadora  
Jossie Nóbrega  
(jossienobrega@ua.pt)

#### Apêndice 4 - *E-mail* enviado aos terapeutas da fala com o pedido de colaboração no estudo

**Assunto:** Pedido de colaboração na investigação: "O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos"

Boa tarde,

No âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição na Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, intitulada "O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos", desenvolvi um questionário **direcionado a Terapeutas da Fala** com o objetivo de recolher informações sobre a prática clínica dos mesmos em Portugal junto desta população, mais especificamente, junto de pessoas com demência. Esta investigação está a decorrer sob a orientação científica da Doutora Marisa Lousada e Doutora Daniela Figueiredo

Venho por este meio solicitar a vossa colaboração através do rápido preenchimento de um questionário *online*, que se encontra no *link*:

[https://docs.google.com/forms/d/18XM6A\\_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/18XM6A_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform?usp=send_form)

Este tem vindo já a ser divulgado nalgumas redes sociais, pelo que pedia aos Terapeutas que já o preencheram que não o façam novamente.

Recordo que o questionário **pode ser preenchido** por Terapeutas que não atuem junto desta população.

Agradeço igualmente a partilha e divulgação do mesmo, junto de outros Terapeutas da Fala.

Grata pela vossa colaboração.

Os melhores cumprimentos,

A investigadora  
Jossie Nóbrega  
(jossienobrega@ua.pt)



**Apêndice 5 - E-mail enviado à Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF) e à Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF)**

**Assunto:** Pedido de colaboração na investigação "O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos"

Boa tarde,

No âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição na Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, intitulada "O papel do Terapeuta da Fala nas alterações neurocognitivas em adultos", desenvolvi um questionário **direcionado a Terapeutas da Fala** com o objetivo de recolher informações sobre a prática clínica dos mesmos em Portugal junto desta população, mais especificamente, junto de pessoas com demência. Esta investigação está a decorrer sob a orientação científica da Doutora Marisa Lousada e Doutora Daniela Figueiredo.

Venho por este meio solicitar a colaboração da Associação/Sociedade, através da partilha (quer através da vossa página *web*, quer através do Facebook) de um questionário *online*, que se encontra no *link*:

[https://docs.google.com/forms/d/18XM6A\\_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform?usp=send\\_form](https://docs.google.com/forms/d/18XM6A_GAW5gYXCLSm8hD0u116DSsPYp21fsZaWbkstc/viewform?usp=send_form)

Toda a ajuda é bem-vinda pois o objetivo é ter um elevado número de respondentes, ou seja, uma amostra representativa dos Terapeutas da Fala portugueses.

Muito grata pela vossa colaboração.  
Os melhores cumprimentos,

A investigadora  
Jossie Nóbrega  
(jossienobrega@ua.pt)

## ANEXOS

### Anexo 1 - Áreas, conteúdos e créditos (ECTS) que devem constar do 1º ciclo de formação do curso de Terapia da Fala

| Áreas                              | Conteúdos   | Créditos ECTS   |
|------------------------------------|---|-----------------|
| <b>Ciências de Base</b>            |   | <b>36 (15%)</b> |
| Ciências Biomédicas                | Anatomia e fisiologia                                   |                 |
|                                    | Neuroanatomia e neurofisiologia                         |                 |
|                                    | Física acústica   |                 |
|                                    | Patologia geral   |                 |
| Ciências do Comportamento          | Psicologia  |                 |
|                                    | Psicopatologia  |                 |
|                                    | Psicopedagogia  |                 |
|                                    | Psicossociologia  |                 |
|                                    | Bioética  |                 |
| Ciências da Linguagem              | Linguística   |                 |
| Investigação                       | Estatística   |                 |
|                                    | Epidemiologia   |                 |
| <b>Ciências da Área Científica</b> |   | <b>64 (27%)</b> |
| Ciências Biomédicas                | Neurologia  |                 |
|                                    | Pediatria   |                 |
|                                    | Audiologia  |                 |
|                                    | Otorrinolaringologia                                    |                 |
|                                    | Ortodontia  |                 |
| Ciências do Comportamento          | Psicologia do desenvolvimento                           |                 |
|                                    | Psicologia da aprendizagem                              |                 |
|                                    | Neuropsicologia   |                 |
| Ciências da Linguagem e Fala       | Aquisição e desenvolvimento da linguagem oral e escrita |                 |

|                                  |   |                  |
|----------------------------------|---|------------------|
|                                  | Fonética, fonologia, semântica, morfossintaxe e pragmática                  |                  |
|                                  | Psicolinguística  |                  |
|                                  | Sociolinguística  |                  |
|                                  | Neurolinguística  |                  |
| <b>Ciências da Especialidade</b> |   | <b>108 (45%)</b> |
| Comunicação, Linguagem e Fala    | Motricidade orofacial   |                  |
|                                  | Função respiratória, fonatória e articulatória                              |                  |
|                                  | Técnica vocal   |                  |
|                                  | Perturbações da fala, na criança e no adulto                                |                  |
|                                  | Técnicas alternativas para a voz  |                  |
|                                  | Perturbações do desenvolvimento da linguagem oral e escrita                 |                  |
|                                  | Perturbações adquiridas da linguagem oral e escrita, na criança e no adulto |                  |
|                                  | Comunicação aumentativa e tecnologias de apoio                              |                  |
|                                  | Comunicação não-verbal  |                  |
| Deglutição                       | Deglutição normal   |                  |
|                                  | Perturbações da deglutição na criança e no adulto                           |                  |
|                                  | Técnicas alternativas para a alimentação                                    |                  |
| Ética e deontologia profissional | Ética e deontologia em Terapia da Fala                                      |                  |
| Investigação                     | Metodologia de pesquisa: métodos de recolha e tratamento de dados           |                  |

|                             |  |                |
|-----------------------------|--|----------------|
| Educação clínica            | Recolha e tratamento de dados, registos e elaboração de relatórios clínicos.<br>Estágios de aprendizagem supervisionados por terapeutas da fala licenciados e credenciados, em contexto clínico-pedagógico e/ou na comunidade, tendo em conta os vários níveis de prevenção e os problemas da comunicação humana, da deglutição e outras com elas relacionadas, ao longo do ciclo da vida do utente. | 40             |
| <b>Áreas Complementares</b> |  | <b>12 (5%)</b> |
| Ciências do Comportamento   | Intervenção familiar e de grupo  |                |
|                             | Psicoterapias  |                |
|                             | <i>Counseling</i>  |                |
|                             | Necessidades educativas especiais  |                |
| <b>Áreas Opcionais</b>      | Estes ECTS poderão ser utilizados em disciplinas de opção ou distribuídos em qualquer das outras áreas   | <b>20 (8%)</b> |
|                             |  | <b>240</b>     |

Fonte: (Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala, 2004)